



CUIDADOS CONTINUADOS

Saúde e Apoio Social

Projeto-piloto a nível das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) regulado pela Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOÃO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
MATOSINHOS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

- RELATÓRIO -

Lisboa, 30 de abril de 2026

Equipa de Acompanhamento e Avaliação:

Constituição (Despacho n.º 5522/2025 de 15 de maio, para o projeto-piloto das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, prevista na Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril):

Abel Avelino de Paiva e Silva, Coordenador da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pela área da saúde, que preside;

Cristina Maria Ferreira Caetano, Coordenadora da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pela área da segurança social;

Hélder Teixeira de Sousa, vogal do Conselho de Gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, que substitui o presidente da equipa, nas suas faltas e impedimentos;

Catarina Sofia Fraga Alves dos Reis, Gabinete da Sr.ª Ministra da Saúde;

Isabel Maria Conde da Silva Ramalho, Gabinete da Sr.ª Secretária de Estado da Ação Social e da Inclusão;

Lisa Andreia Pereira Ferraz da Costa, Gabinete do Sr. Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento;

Alda de Fátima dos Santos Ribeiro, Departamento de Gestão e Financiamento de Saúde da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.);

Rui Santos, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;

Palmira Maria Conchinha Cardoso, Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.);

Maria de Fátima do Rosário Nunes de Oliveira, Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.).

Assinado por: **Abel Avelino de Paiva e Silva**
Num. de Identificação: 05913164
Data: 2026.05.07 09:32:22+01'00'

Índice de figuras

Figura 1 - Tipologias atuais da RNCCI.....	8
Figura 2 - Fluxograma de avaliação da necessidade de SAD.....	23
Figura 3. Esquema representativo do processo de referenciação.....	62
Figura 4. Os seis aglomerados iniciais.....	69

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Número de instituições por Unidade Local de Saúde.....	26
Gráfico 2. Diferença média de doentes/dia nas ECCI do projeto-piloto (face aos meses homólogos, de julho de 2024 a março de 2025).....	28
Gráfico 3. Incremento percentual verificado no número de doentes/dia nas ECCI do projeto-piloto, por ULS, face ao incremento médio na ULS e ao incremento global no projeto-piloto.....	31
Gráfico 4. Scores globais da satisfação dos cuidadores informais dos utentes assistidos pelas ECCI com o apoio recebido, por ULS e score médio global do projeto-piloto.....	33
Gráfico 5. Score obtido nos 16 itens do inquérito de satisfação dos cuidadores informais com o apoio recebido pelas ECC.....	34
Gráfico 6. Scores globais da satisfação dos utentes com o apoio recebido pelas ECCI das cinco ULS e score médio global do projeto-piloto.....	35
Gráfico 7. Score obtido nos 16 itens do inquérito de satisfação dos utentes com o apoio recebido pelas ECCI.....	36
Gráfico 8. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Em geral, acha que a sua saúde é”, por ULS.....	38
Gráfico 9. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente à sua capacidade para andar”, por ULS.....	39
Gráfico 10. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente à sua capacidade para o autocuidado”, por ULS.....	40
Gráfico 11. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente à sua capacidade para realizar as atividades habituais (trabalhar,lazer, tratar da casa, ...)”, por ULS.....	41
Gráfico 12. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente a dores”, por ULS.....	42
Gráfico 13. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente ao seu estado de humor e ansiedade”, por ULS.....	43
Gráfico 14. Distribuição da taxa de episódios de urgência hospitalar em utentes integrados em ECCI, por ECCI do projeto-piloto e por ULS, face à média da ULS e Nacional.....	45
Gráfico 15. Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI, por ECCI do projeto-piloto e por ULS, face à média global na ULS e a nível nacional.....	47
Gráfico 16. Distribuição dos utentes referenciados por tipologia da Rede geral, por ULS.....	53
Gráfico 17. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para as ECCI.....	54
Gráfico 18. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a	

referenciação dos doentes para as UC.....	55
Gráfico 19. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para as UMDR.....	56
Gráfico 20. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para as ULDM.....	57

Índice de Tabelas

Tabela 1. ECCI do projeto-piloto, por ULS.....	13
Tabela 2. População com 75 ou mais anos por região, lugares e ocupação das ECCI em 2024. 27	
Tabela 3. Objetivo relativo ao número de lugares necessários, média de doentes/dia em 2024 e diferença percentual face ao objetivo (em 2024).....	29
Tabela 4. % de episódios de urgência dos doentes integrados nas ECCI de 1 de julho de 2025 a 31 de março de 2026, por região comparando com as ECCI do projeto-piloto.....	44
Tabela 5. % de internamentos hospitalares de doentes integrados nas ECCI de 1 de julho de 2025 a 31 de março de 2026, por região comparando com as ECCI do projeto-piloto.....	46
Tabela 6. Distribuição das referenciações por tipologia referenciada e pelo AUR.....	51
Table 7. Distribuição das referenciações por tipologia referenciada e pelo AUR, nas cinco ULS. 51	
Table 8. Distribuição das referenciações por origem: CSP, Hospital e Cuidados paliativos.....	53
Table 9. Distribuição dos grandes grupos de principais diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para a Rede geral.....	54
Table 10. Estimativa de horas de cuidados de necessárias por semana e por aglomerados de diagnósticos médicos, nos doentes das ECCI.....	58
Table 11. Dependência no autocuidado.....	60
Table 12. Disponibilidade de cuidador informal para tomar conta.....	61
Table 13. Previsão sobre a recuperação do utente.....	61
Table 14. Compromissos tegumentares.....	63
Table 15. Relacionados com a adoção de procedimentos.....	63
Table 16. Relacionado com necessidades no domínio da limpeza das vias aérea.....	64
Table 17. Relacionado com a reabilitação músculo-articular.....	64
Table 18. Relacionado com a reabilitação respiratória.....	65
Table 19. Fatores dificultadores do processo adaptativo do doente.....	65
Table 20. Adaptação à dependência.....	66
Table 21. Incapacidade física do cuidador informal para assistir o doente dependente em requisitos universais de autocuidado.....	67
Table 22. Treino de competências do cuidador informal.....	67
Table 23. Dificuldades no agregado familiar para manter a organização dos processos familiares. 68	

Sumário

1. Introdução.....	6
1.1. Enquadramento dos cuidados continuados integrados domiciliários.....	6
1.2. Situação atual das ECCI.....	8
1.3. Oportunidades para uma reestruturação sólida dos cuidados continuados integrados em contexto domiciliário.....	9
2. Material e métodos.....	11
2.1. Objetivos específicos.....	11
2.2. Percurso.....	11
2.3. Variáveis monitorizadas.....	15
2.4. Fontes de dados.....	20
3. Articulação das ECCI com o Serviço de Apoio Domiciliário.....	20
3.1. Implementação do Projeto na área social.....	21
3.2. Envolvimento das instituições e equipas territoriais.....	21
3.3. Ferramentas técnicas e instrumentos de suporte.....	22
3.4. Proteção de dados e consentimento dos utentes.....	22
3.5. Desenvolvimento das fases do modelo de articulação.....	23
3.6. Acompanhamento do Projeto e constrangimentos identificados.....	25
4. Resultados.....	26
4.1. Articulação com os SAD.....	26
4.1. Acesso a CLD domiciliários no âmbito da RNCCI.....	27
4.2. Satisfação com o apoio das ECCI.....	32
4.2.1. Satisfação dos cuidadores informais.....	33
4.2.2. Satisfação dos utentes.....	35
4.3. Perceção sobre a saúde e o bem-estar.....	37
4.3.1. Perceção dos cuidadores informais sobre a saúde e o bem-estar.....	37
4.3.2. Perceção dos utentes sobre a saúde e o bem-estar.....	43
4.4. Episódios de urgência dos utentes das ECCI.....	43
4.5. Episódios de internamento hospitalar dos utentes das ECCI.....	46
5. Sistema experimental de referenciação de utentes para a RNCCI.....	48
6. Articulação funcional das ECCI.....	71
6.1. Articulação com outros recursos disponíveis nas ULS.....	71
6.2. Modelo de assistência médica aos utentes das ECCI.....	73
6.3. Constituição das ECCI e a relação com o tempo dispendido nos transportes.....	73
6.4. O suporte multiprofissional aos CLD domiciliários no âmbito da RNCCI.....	74
7. Conclusões recomendações e propostas.....	74
7.1 Conclusões.....	74
7.2 Recomendações.....	78
7.3 Propostas.....	80
8. Anexo: Atas das reuniões do grupo de acompanhamento e monitorização.....	81

1. Introdução

Neste documento, a equipa de acompanhamento prevista no artigo 14.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril, relativa ao Projeto-piloto a nível das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), apresenta o relatório final de avaliação e conclusões, incluindo recomendações e propostas concretas. O relatório será remetido aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.

Está organizado em sete capítulos. No primeiro, referente a esta introdução, procede-se ao enquadramento dos cuidados continuados integrados domiciliários, à caracterização da situação atual e daí evolui-se para uma síntese sobre as oportunidades de desenvolvimento que, com o projeto-piloto, pretendemos densificar, bem como aprender sobre o que não sabemos e precisamos saber para levar a cabo uma reestruturação sólida dos cuidados continuados integrados domiciliários, bem como potenciar uma estreita articulação com a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) desenvolvida pelas entidades do setor social e solidário.

No segundo capítulo, «Material e métodos», focamo-nos na especificação das fontes de dados utilizadas, na descrição do tratamento desses dados e nos aspetos centrais do percurso desenvolvido.

No terceiro capítulo abordaremos os princípios e metodologia utilizados para potenciar a articulação entre as ECCI e os SAD, no âmbito do projeto-piloto, bem como os resultados.

No capítulo, «Resultados», descrevemos os resultados do processo de monitorização, entre outros: o acesso a CLD domiciliários no âmbito da RNCCI, o grau de satisfação de utentes e cuidadores informais sobre o apoio proporcionado pelas ECCI face à manutenção de utentes dependentes no autocuidado no seu contexto domiciliário, a perceção da saúde e bem-estar de utentes das ECCI e dos seus cuidadores informais, o número de episódios de urgência e de internamentos hospitalares dos doentes das ECCI.

No capítulo, «Sistema de referenciação de doentes para a RNCCI», focamo-nos no sistema de informação da RNCCI particularizando a análise sobre o sistema de referenciação experimental utilizado e sobre os desafios enormes colocados pela necessidade de uma estrutura sólida que suporte a reestruturação da RNCCI e, por conseguinte, das ECCI.

No capítulo, «Articulação funcional das ECCI», aprofundamos aspetos relativos à articulação das ECCI com outros recursos disponíveis nas Unidades locais de saúde (ULS) que configuram oportunidades para evoluirmos reformando o sistema de CLD domiciliários no âmbito da RNCCI.

Finalmente, no sétimo e último capítulo reportamos as «Conclusões, recomendações e propostas».

1.1. Enquadramento dos cuidados continuados integrados domiciliários

Em 1996,

“... foi criado um grupo de trabalho constituído por representantes das Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social, com a incumbência de proceder ao diagnóstico e análise das situações cujas respostas passam pela intervenção conjunta destas áreas, de definir o nível da respectiva intervenção, e, por outro lado, de apresentar propostas e projectos com vista à concretização, de forma gradual, das medidas adequadas”.

Despacho conjunto n.º 407/98

Em 1998, o Despacho conjunto n.º 407/98, aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Nesse contexto, são criadas respostas para fazer face às necessidades, que podiam revestir as seguintes formas de intervenção: a) Apoio social; b) Cuidados de saúde continuados; c) Respostas integradas.

Os cuidados continuados são aqui, dirigidos particularmente às pessoas em situação de dependência, estruturando-se sobretudo a partir dos centros de saúde e dentro do seu normal funcionamento, destacando-se “a tecnologia médica, os cuidados de enfermagem e outras prestações de cuidados, em particular as desenvolvidas pelos ajudantes de saúde”. Salienta-se que,

“pelas características inovadoras dos ajudantes de saúde” consideram-se como funções inerentes ao respetivo perfil de atuação, designadamente, a colaboração no “... acompanhamento prioritário das pessoas idosas, doentes ou convalescentes, no domicílio”. “Na sua actividade complementam ou substituem os prestadores de cuidados de saúde informais, designadamente «família, vizinhos e voluntários», sob coordenação e supervisão do pessoal de enfermagem”.

As respostas integradas assumem aqui uma natureza preventiva e reabilitadora e de apoio às pessoas em situação de dependência sendo criado o conceito de “apoio domiciliário integrado” enquanto serviço que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio. “O apoio domiciliário integrado perspectiva-se como a resposta charneira e prioritária cujo planeamento e avaliação cabe a uma equipa de cuidados integrados...”, constituída basicamente por um médico enfermeiro do respetivo centro de saúde e por dois técnicos de serviço social do serviço sub-regional de segurança social da respetiva área”, o equivalente aos Centros Distritais da Segurança Social, no presente.

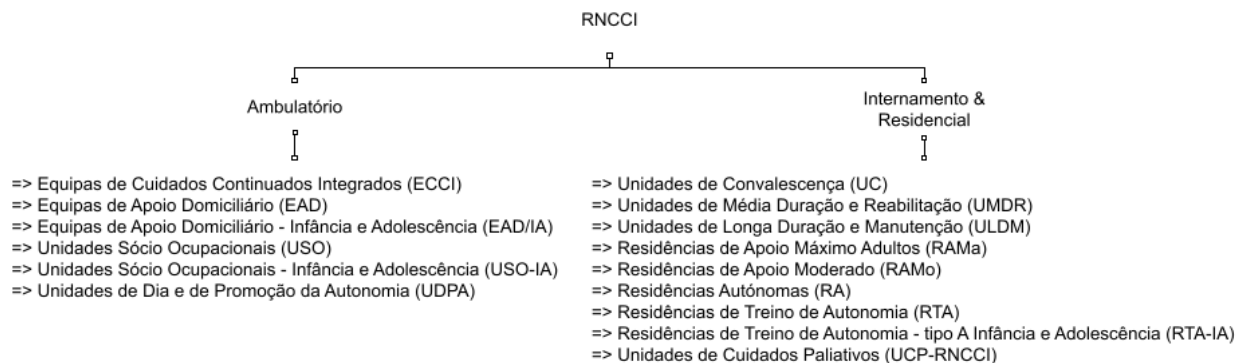
Através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) porque se verificavam

“...carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”.

Em 2006, por se detetarem carências ao nível dos cuidados de longa duração (CLD) e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, são criadas unidades e equipas assentes numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social. Para além da criação de unidades e equipas de cuidados continuados integrados, entre outros aspetos, a ideia de “serviços de apoio domiciliário integrado” (SADI) é abandonada promovendo-se então a interligação das redes nacionais da saúde e da segurança social desinvestindo-se progressivamente na contratação de “ajudantes de saúde” dos quadros de pessoal dos centros de saúde. O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, criou as Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) enquanto tipologia da RNCCI.

Neste momento, existem seis tipologias de assistência ambulatoria e nove de internamento / residencial (incluindo as unidades de cuidados paliativos UCP_RNCCI).

Figura 1 - Tipologias atuais da RNCCI



1.2. Situação atual das ECCI

Em dezembro de 2024, o Tribunal de Contas publicou o relatório de uma auditoria realizada à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados¹, “com o objetivo de avaliar se esta, através das suas diferentes tipologias, garantiu o acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade e financeiramente comportáveis, no período de 2017 a 2023” (Tribunal de contas, 2024, Sinopse).

“Os seus objetivos de cobertura permanecem por concretizar, com as metas definidas para 2016 ainda por alcançar, com menos 4.774 lugares de internamento e menos 52 equipas de apoio domiciliário do que o previsto, correspondendo a um desvio negativo de 33,3% e 14,3%, respetivamente. Já em 2024 as metas de desenvolvimento da Rede foram revistas, remetendo a sua concretização para 2030”. (ibidem)

“A falta de resposta da Rede é a principal causa de internamentos inapropriados nos hospitais, que têm vindo a contratar cada vez mais camas de retaguarda ao setor privado e social, cujo gasto médio por diária de internamento (111,98 €) tem sido superior ao preço das diárias de internamento na Rede, o que revela o potencial de poupança associado ao seu alargamento e à melhoria da sua capacidade de resposta.” (ibidem)

As metas de desenvolvimento da RNCCI foram revistas em 2024, remetendo a sua concretização para 2030.

“Em 2017, com base na evidência científica disponível, a Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI (CNCRNCCI), fez a análise das ECCI em funcionamento de modo a perceber como rentabilizar estas equipas de forma efetiva. Nesse sentido considerou:

- a progressiva diminuição funcional e a necessidade de cuidados mais estruturados ao nível do autocuidado, da capacidade funcional e da capacidade de conhecimento, com especial relevo nas pessoas com 75 e mais anos de idade (Santos et al, 2015; Fonseca e Lopes, 2014; Lopes et al, 2013; Pereira et al, 2011);
- as diferentes taxas de envelhecimento e a dispersão geográfica;
- o trabalho de análise das atividades das ECCI desenvolvido pela ARS Norte.

Deste modo, considerou que a lotação mínima de uma ECCI deve corresponder a 25 utentes e de modo a criar objetivos de desenvolvimento destas equipas respondendo às necessidades do território continental (278 concelhos), propôs a existência de 0,4 ECCI por cada 1000 pessoas com 75 e mais anos de idade (idade a partir da qual a probabilidade de ocorrência de dependência é maior). Definiu igualmente os requisitos mínimos para o funcionamento de uma ECCI: 5 enfermeiros, 7 horas de médico por semana, 2 meios de transporte, 1 telemóvel por profissional e 1 Tablet ou PC portátil.” (ibidem)

No sítio da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, entidade gestora da RNCCI até à entrada em funcionamento da Direção Executiva do SNS [DE-SNS]) há um relatório no qual se estabelecem metas até 2030 (condição habilitadora dos fundos PT-2030) para o desenvolvimento das ECCI referindo²:

¹ Tribunal de contas. (2024). Relatório de auditoria à RNCCI. Tribunal de contas. Retrieved 2025, from www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2024/rel016-2024-2s.pdf

² ACSS. (2024). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2030. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI_2030.pdf

Importa agora requalificar estas equipas, no sentido de promoção da proximidade, criando melhores condições para o seu desempenho e para o bem-estar do utente e cuidadores, designadamente através das seguintes ações:

- Definir a equipa tipo e o tempo de afetação dos profissionais na ECCI;
- Definir as condições de funcionamento da ECCI nomeadamente em relação à disponibilidade de atendimento (horário de atendimento) e ao equipamento necessário (mobilidade, comunicação);
- Assegurar a complementaridade com outras especialidades das ULS;
- Identificar a complementaridade geográfica das respostas SAD/ECCI.

No documento da ACSS referido (ACSS, 2024), assumia-se a existência de 264 ECCI no País, tendo sido estabelecida a meta de 377 a atingir até 2030. No final de 2024, estavam já em funcionamento 312 ECCI, número que subiu para 319 no final de 2025. No entanto, de acordo com os critérios definidos — uma cobertura de uma ECCI (com 25 lugares) por cada mil pessoas com 75 anos ou mais, multiplicado por 0,4 — a necessidade atual seria de 456 ECCI (com base nos dados do Censos de 2021³). Salientamos a irrelevância de uma meta focada apenas no número de ECCI. O indicador crítico é a capacidade de cobertura (doentes/dia), dada a disparidade operacional entre equipas: enquanto algumas assistem 25 doentes, outras têm capacidade para 50.

Neste sentido, e de acordo com o estabelecido pela ACSS na perspetiva dos recursos humanos, estas 456 ECCI requereriam 2280 Equivalentes de Tempo Completo (ETC) de enfermeiros e 80 ETC de médicos. No início de 2025 foi apurado junto das Equipas coordenadoras locais (ECL) as horas de dedicação dos enfermeiros às ECCI. Verificou-se que, no final de 2024, existiam apenas 1389 ETC de enfermeiros (incluindo enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, maioritariamente da área de Reabilitação).

Em síntese, em relação aos recursos humanos constata-se que:

- 41 ECCI dispunham de menos de 1 ETC de enfermeiro;
- 94 ECCI tinham menos de 2 enfermeiros;
- 210 ECCI contavam com menos de 5 enfermeiros (requisitos mínimos estabelecidos para o funcionamento de uma ECCI);
- maioritariamente, os enfermeiros que trabalham nas ECCI dispersam a sua atividade profissional por vários projetos dentro das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- atualmente, regista-se uma carência de 892 ETC de enfermeiros;
- nunca foram estabelecidos modelos para a assistência médica dos doentes das ECCI (para as 7h semanais de assistência médica para os utentes das ECCI);
- nunca foi estabelecido o tempo de afetação às ECCI dos profissionais não enfermeiros e não médicos (dificultando, na prática, a constituição de uma equipa multiprofissional).

1.3. Oportunidades para uma reestruturação sólida dos cuidados continuados integrados em contexto domiciliário

O País carece de um forte incremento de CLD domiciliários. Um dos aspetos fundamentais para aumentar a proporção de pessoas dependentes assistidas no domicílio prende-se com a perceção que os cuidadores informais têm sobre a qualidade e efetividade do apoio recebido.

³ INE. (n.d.). *População residente, Censos [2021] (NUTS - 2024)*. INE. Retrieved janeiro, 2025, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012868&contexto=bd&selTab=tab2

É necessário dotar as ECCI de recursos humanos, veículos, computadores e materiais ajustados a uma assistência de qualidade. Uma vez que os enfermeiros e o apoio social constituem a base e o núcleo duro das equipas "à cabeceira do utente" em qualquer modelo internacional de CLD domiciliários, torna-se prioritário:

- Atração e retenção: Criar mecanismos de fixação dos enfermeiros nas ECCI, especialmente quando o seu exercício nas UCC ocorre "lado a lado" com o das USF-B (onde existem incentivos financeiros associados ao desempenho).
- Mobilidade: Definir o modelo de transporte das equipas, prevenindo que uma parte substantiva do tempo profissional seja perdida no tráfego das grandes cidades ou em deslocações a locais remotos.
- Foco e Continuidade: Concentrar nos CLD domiciliários o exercício dos enfermeiros das ECCI, evitando a dispersão por vários projetos dentro das UCC e valorizando a relação enfermeiro-utente em continuidade.
- Articulação: Definir um modelo de articulação efetiva e normalizada entre as ECCI e os SAD.

Além disso, é premente definir modelos para a assistência médica, determinar o tempo de afetação de profissionais não enfermeiros e não médicos, estabelecer um modelo de custeio para os CLD domiciliários e evoluirmos integrando o conceito de RNCCI num contexto mais alargado de CLD. Os CLD,

«reportam a uma gama de serviços e assistência para pessoas que, em consequência de fragilidade mental e/ou física, doença e/ou incapacidade durante um longo período de tempo, dependem de apoio para as atividades da vida diária e/ou necessitam de cuidados de enfermagem permanentes. As atividades da vida diária para as quais é necessário apoio podem ser as atividades de autocuidado que uma pessoa deve realizar todos os dias, ou seja, atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se e levantar-se da cama ou de uma cadeira, movimentar-se, usar a casa de banho e controlar as funções da bexiga e do intestino, ou podem estar relacionadas com a vida independente, ou seja, atividades instrumentais da vida diária, como preparar refeições, gerir dinheiro, fazer compras de supermercado ou artigos pessoais, realizar tarefas domésticas leves ou pesadas e usar o telefone»⁴.

Foi neste contexto que se publicou o Decreto-Lei n.º 48/2025, de 27 de março, enquanto condição habilitadora da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril, que regula a implementação do projeto-piloto nas ECCI em seis Unidades Locais de Saúde (ULS), durante um período de nove meses.

O projeto-piloto iniciou-se em julho de 2025 em seis ULS: Matosinhos, São João, Santo António, Coimbra, Santa Maria e São José. A ULS de São José acabou por desistir do projeto por não reunir, à data do seu início, as condições previstas na Portaria para a constituição das ECCI — nomeadamente devido à carência de enfermeiros.

⁴ Conselho da União Europeia. (n.d.). Recomendação do Conselho de 8 de dezembro de 2022 relativa ao acesso a cuidados continuados de elevada qualidade e a preços acessíveis. *Jornal Oficial da União Europeia*, C 476/1. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022H1215(01))

2. Material e métodos

Este capítulo aborda os principais objetivos específicos do projeto-piloto, o percurso e as ações desenvolvidas, as fontes de dados utilizadas e a operacionalização das variáveis em análise.

2.1. Objetivos específicos

Tendo em vista uma reestruturação sólida dos CLD domiciliários, no âmbito da RNCCI, perseguimos os seguintes objetivos específicos:

- Incrementar o acesso aos CLD domiciliários;
- Promover uma perceção positiva dos utentes e dos cuidadores informais quanto à qualidade e efetividade do apoio prestado pelas ECCI, incentivando a permanência dos utentes dependentes no autocuidado, no domicílio;
- Dotar as ECCI de enfermeiros em número adequado para garantir uma assistência de qualidade "à cabeceira do utente";
- Otimizar a mobilidade das equipas, definindo um modelo que reduza o tempo despendido em tráfego urbano ou em deslocações a locais remotos;
- Estabelecer um modelo de articulação efetiva e normalizada entre as ECCI e os SAD;
- Definir modelos de assistência médica para os utentes integrados em ECCI;
- Determinar o tempo de afetação de profissionais não enfermeiros e não médicos aos CLD domiciliários;
- Instituir um modelo de custeio específico dos CLD domiciliários no âmbito da RNCCI;
- Reestruturar o modelo de referenciação de utentes para as diferentes tipologias da RNCCI.

2.2. Percurso

A 11 de abril de 2025, iniciámos as reuniões presenciais com os Conselhos de Administração das seis ULS escolhidas para o início do projeto-piloto. As seis ULS foram selecionadas tendo em conta os contextos (Porto, Coimbra e Lisboa) de menor cobertura da população com 75 anos ou mais, em relação aos lugares de ECCI disponíveis. A ULS de Matosinhos foi escolhida devido à sua maior experiência em um funcionamento próximo daquele que pretendemos generalizar a todo o Continente.

Nas reuniões com os Conselhos de Administração das seis ULS, foi apresentado o projeto-piloto, os objetivos específicos e as exigências na reestruturação das ECCI, de acordo com o estabelecido na Portaria, nomeadamente quanto à constituição (artigo 4.º):

- 1 - Em cada uma das ULS referidas no artigo 1.º, é definido um número de ECCI calculado a partir da aplicação da fórmula: 1 ECCI por cada 1000 residentes com 75 ou mais anos, multiplicado por 0,4, sujeito à aprovação pelos Coordenadores Nacionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- 2 - Cada ECCI assiste até um número de referência de 30 utentes/cuidadores informais, podendo cada ULS agregar mais do que uma ECCI, desde que se mantenha a proporção de 1 ECCI para 30 utentes.
- 3 - Sem prejuízo do disposto no número seguinte, cada ECCI integra um grupo de, pelo menos, cinco enfermeiros: a) Dois enfermeiros especialistas, preferencialmente, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação; b) Três enfermeiros de cuidados gerais.
- 4 - Caso a ULS não consiga um número de enfermeiros suficiente para completar todas as ECCI, estas poderão funcionar, no mínimo, com 2 enfermeiros especialistas, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que, para além da prestação dos cuidados que lhes competem, garantem a especificação dos cuidados de enfermagem necessários, mantendo atualizado o plano de cuidados multiprofissional.
- 5 - A ULS pode contratualizar a implementação dos cuidados de saúde do plano de cuidados multiprofissional externamente, nas situações descritas no número anterior.

E quanto ao funcionamento (artigo 5.º):

- 1 - A assistência aos utentes das ECCI e respetivos cuidadores informais, quando necessário, resulta de um plano de cuidados individual multiprofissional que inclui o apoio social.
- 2 - O universo de utentes referenciáveis para as ECCI inclui os residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Residência de Autonomização e Inclusão (RAI) e Lares Residenciais (LR).
- 3 - Os enfermeiros das ECCI estabelecem entre si um acordo de intersubstituição e complementaridade que garanta o funcionamento da ECCI, todos os dias, no mínimo, das 8 às 20 horas.
- 4 - No conjunto das ECCI da ULS, é definida uma escala de trabalho noturno de enfermeiros, por forma a garantir a prestação dos cuidados de enfermagem previstos nos planos de cuidados individuais, das 20 às 8 horas.

O projeto-piloto foi bem acolhido pelos Conselhos de Administração das seis ULS; no entanto, como já referimos, a ULS de São José acabou por desistir do projeto por não reunir, à data do seu início, as condições previstas na Portaria para a constituição das ECCI — nomeadamente, devido à carência de enfermeiros. Para agilizar o funcionamento da experiência, os Conselhos de Administração designaram um “ponto focal” que facilitaria a articulação entre a ULS e a Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI.

Em cada ULS, foi assinada uma “Carta de Compromisso” formalizando o acordo entre as partes, estabelecendo os termos e condições para a concretização do projeto-piloto a nível das ECCI, nas quais, entre outros, se estabeleceu:

1. Criar uma Equipa Coordenadora Local (ECL) constituída, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e um assistente social; o número de elementos da ECL deve ser calculado em cada ULS em função das competências definidas nas alíneas seguintes.
 - a. Compete à ECL:
 - i. a preparação e gestão de altas hospitalares;
 - ii. a articulação com as equipas assistenciais para a programação de altas hospitalares;
 - iii. a verificação dos critérios de referenciação e a validação da tipologia adequada, incluindo os processos de referenciação por solicitação dos SAD ou dos ERPI, LR e RAI, da área geográfica da ULS;
 - iv. a referenciação à ECR mantendo a utilização do atual SI_RNCCI;
 - v. a utilização paralela do sistema experimental de referenciação;
 - vi. o envolvimento do gestor do SAD sempre que se verificar a necessidade daquele serviço;
 - vii. a articulação com as Equipas Coordenadoras Regionais (ECR);
 - viii. a articulação com as ECCI;
 - ix. a articulação com o serviço de hospitalização domiciliária, tendo em vista a rentabilização e o custo-efetividade dos recursos e dos serviços, da ULS, nomeadamente no que se refere às escalas de serviço noturno e sua necessidade;
 - x. a articulação com a equipa local de cuidados paliativos ou com as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), da respetiva ULS;
 - xi. a articulação com os serviços de pediatria na elaboração de proposta de critérios de referenciação de crianças para as ECCI;
 - xii. a monitorização dos doentes integrados nas ECCI em termos de número de episódios de urgência e de internamento ocorridos, e do índice de complexidade;
 - xiii. a identificação dos preços relativos aos materiais de tratamentos de feridas, e de otimização do uso de cânulas de traqueostomia, ventilação não invasiva, estoma de eliminação, sonda gastrointestinal, cateter urinário, cateter venoso periférico, administração de fármacos injetáveis e administração de oxigenoterapia;
 - xiv. ao fornecimento mensal da lista de contactos telefónicos dos doentes e respectivos cuidadores informais que, em cada mês, completam períodos de 30 dias de internamento nas ECCI, ao serviço que executa os inquéritos previstos no Artigo 12.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril;
 - xv. a articulação com as UCC para garantir as escalas de trabalho dos enfermeiros para garantir o funcionamento das 8-20h, todos os dias.
 - b. Compete ainda à ECL articular-se, semanalmente, com a Equipa de acompanhamento dos projeto-piloto, no sentido de:
 - i. normalizar a constituição das ECCI tomando por referência o estabelecido no Artigo 4.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril;
 - ii. identificar todas as dificuldades que se vierem a demonstrar, tendo em vista a normalização do respetivo processo resolutivo;
 - iii. identificar as necessidades dos utentes em matéria nutricional, tendo em vista normalizar as necessidades e os rácios de nutricionistas no âmbito dos cuidados domiciliários.
2. Criar as melhores condições para que, logo que possível, funcionem X lugares nas ECCI já criadas ou a criar, no âmbito da ULS (número diferente em cada uma das ULS).

3. Rentabilizar a possibilidade das ECCI poderem ser integradas pelas entidades referidas no artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no artigo 4.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril.

4. Pugar pela obtenção dos veículos automóveis a que têm direito, e que não foram ainda reclamados, pela criação de ECCI no âmbito do PRR em data anterior a 7 de abril de 2025.

A 8 de maio de 2025, iniciaram-se as reuniões presenciais com as Equipas de Coordenação Local (ECL) da RNCCI de cada uma das cinco ULS, incluindo, além do Coordenador da ECL, os médicos, enfermeiros e assistentes sociais que as integravam após a unificação de todas as ECL e EGA previamente existentes na ULS, agora fundidas numa só ECL em cada ULS.

Também neste mês de maio, realizaram-se duas sessões presenciais (uma de manhã e outra, idêntica, à tarde, para que todos pudessem participar, de acordo com os horários de trabalho) de enquadramento do projeto-piloto em cada ULS, destinadas a todos os profissionais que integravam previamente as ECCI e “equipas” de suporte, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Em junho, foram constituídas as ECCI integradoras do projeto-piloto em cada ULS. Na ULS Santa Maria, decidiu-se iniciar o projeto-piloto apenas em setembro.

A 1 de julho, deu-se início ao projeto-piloto. Durante o percurso, foram acrescentadas novas ECCI em cada ULS, à medida que os Conselhos de Administração das ULS consideravam reunir as condições previstas na Portaria. Verificou-se que, ao final dos nove meses, funcionaram nas cinco ULS 26 ECCI no projeto-piloto, correspondendo a 677 lugares (Tabela seguinte). Passaram pelas ECCI do projeto-piloto 2704 doentes.

Tabela 1. ECCI do projeto-piloto, por ULS

ULS	ECCI
Coimbra	Alvaiázere
Coimbra	Ansião
Coimbra	Arganil
Coimbra	Cantanhede
Coimbra	Celas
Coimbra	Coimbra saúde
Coimbra	Góis
Coimbra	Mira
Coimbra	Mortágua
Coimbra	Penacova
Matosinhos	Leça da palmeira
Matosinhos	Matosinhos
Matosinhos	São Mamede Infesta
Matosinhos	Sr.ª da hora
Santa Maria	Lumiar
Santa Maria	Mafra

Santa Maria	Sete rios
Santo António	Aldoar
Santo António	Batalha
Santo António	Carvalhosa
Santo António	Foz do douro
Santo António	Foz do Sousa e Medas
Santo António	Gondomar
Santo António	Rio tinto/São Pedro da Cova
São João	Águas santas
São João	Valongo

Tendo em vista promover uma perceção positiva dos utentes e respetivos cuidadores informais quanto à qualidade e efetividade do apoio prestado pelas ECCI, incentivando a permanência dos utentes dependentes no autocuidado no domicílio, foram realizadas várias reuniões com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e com diferentes áreas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), no sentido de operacionalizar os indicadores previstos na Portaria, relativos a:

- Regime remuneratório experimental dos enfermeiros das ECCI;
- Índice de desempenho da equipa;
- Regras de cálculo dos indicadores de desempenho da equipa do projeto-piloto;
- Apuramento dos resultados dos indicadores das equipas;
- Pagamento por compensações pelo desempenho.

Em sequência, foram realizados dois webinars, pela ACSS e os SPMS, com os responsáveis dos departamentos de recursos humanos das cinco ULS.

Com o objetivo de estabelecer um modelo de articulação efetiva e normalizada entre as ECCI e os SAD, foram realizadas reuniões presenciais e por videoconferência com os dirigentes dos Centros Distritais da Segurança Social, além de uma reunião presencial com o Exmo. Sr. Presidente do Instituto da Segurança Social, saudoso Dr. Otávio Teixeira.

Para evoluir na definição de modelos de assistência médica para os utentes integrados em ECCI, foram realizadas várias reuniões com as ECL e deu-se início à auscultação da Ordem dos Médicos sobre essa temática (realizadas três reuniões com uma delegação da Ordem dos Médicos, chefiada pelo Digníssimo Bastonário), enquadrando as reuniões nos seguintes termos.

“Apesar destes tempos de afetação de médicos e enfermeiros poderem/deverem ser reavaliados, o aspeto mais relevante foca-se na definição do(s) modelo(s) para a assistência médica aos doentes dos cuidados domiciliários.

Nas ECCI do projeto, e na realidade do País, há dois modelos diferentes para a assistência médica aos doentes dos cuidados domiciliários:

1. Assistência médica aos doentes das ECCI garantida pelos respetivos médicos de família; e
2. Assistência médica aos doentes das ECCI garantida por equipa médica dedicada (normalmente com afetação em tempo parcial)

Das reuniões realizadas até ao momento, estamos perante uma variedade de argumentos:

1. Sobre a assistência médica aos doentes das ECCI garantida pelos respetivos médicos de família:
 - a. Vantagem: Maior conhecimento da família e do doente, no contexto da família;
 - b. Desvantagem: Maior dificuldade de os enfermeiros contactarem com o médico nas situações de

alteração da situação clínica / agudização dos doentes e de agendamento dessas avaliações pelo médico;

c. Desvantagem: Caso de doentes sem médico de família atribuído.

2. Em favor da assistência médica aos doentes das ECCI garantida por equipa médica dedicada:

a. Das reuniões efetuadas percebo que, quer os médicos que têm essa experiência de acompanhamento dos doentes das ECCI, quer os enfermeiros (são os profissionais que, na casa dos doentes, quando verificam uma alteração significativa no estado clínico do doente, sentem a necessidade de uma avaliação pelo médico), acham que nas situações de agudização, a equipa médica dedicada responde melhor e em tempo útil;

b. É frequente a prescrição médica recair em produtos de farmácia exclusivamente hospitalar e, nestas situações, evitam-se episódios de urgência e internamentos hospitalares contraproducentes;

c. Possibilidade, a estudar no decurso do Projeto, da integração da assistência médica aos doentes das ECCI ser articulada com os Serviços de Hospitalização Domiciliária (funcionamento 24h/dia)".

Para determinar o tempo de afetação de profissionais não enfermeiros e não médicos aos CLD domiciliários, deu-se início à auscultação das Ordens Profissionais (Psicólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas e Assistentes Sociais - realizadas três reuniões com delegações das referidas Ordens, chefiadas pelos(as) respectivos(as) Digníssimos(as) Bastonário(as)), enquadrando-as nos seguintes termos.

"Sobre os tempos de afetação dos profissionais de saúde às ECCI, salientamos que os únicos tempos de afetação definidos formalmente, reportam a enfermeiros (5 enfermeiros por cada 25 doentes) e médicos (7h de médico por cada 25 doentes). Neste contexto, é necessário estabelecer os tempos de afetação de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais às ECCI, para que se consiga, verdadeiramente, desde 2006, constituir ECCI multidisciplinares.

Relembro os tempos de afetação multiprofissional nas unidades de internamento da RNCCI, com particular destaque para as Unidades de Longa Duração e Manutenção, cujo perfil de referência se assemelha ao perfil de referência para as ECCI".

Foram igualmente realizadas reuniões de auscultação da Ordem dos Enfermeiros (realizadas três reuniões com uma delegação da Ordem dos Enfermeiros, chefiada pelo Digníssimo Bastonário) sobre aspetos relacionados com o desenvolvimento do projeto-piloto, nomeadamente as "Dificuldades de atração/retenção de enfermeiros e análise de diferentes possibilidades para incrementar cuidados continuados integrados domiciliários".

2.3. Variáveis monitorizadas

Importa, desde logo, clarificar alguns aspetos relevantes para que se compreendam os indicadores de monitorização escolhidos. Um indicador é uma agregação de informação que sinaliza algo que releva ser evidenciado.

1. O número de lugares por ECCI inseridos no SI_RNCCI traduz, apenas, metainformação, uma vez que o que importa é o número de utentes que, de facto, são atendidos. Ou seja: uma ECCI com 100 lugares e uma taxa de ocupação de 50% é equivalente a uma outra com 50 lugares e 100% de ocupação. Daqui decorre a importância do cálculo do número médio de doentes atendidos por dia pela ECCI.
2. O número total de doentes atendidos num determinado período é importante, mas precisa de ser contextualizado. Vejamos: um doente dependente no autocuidado precisa de ser apoiado enquanto mantiver a condição que determinou a referência; muitos destes doentes precisam de apoio até ao fim da vida. A ideia de promover o máximo de rotatividade pode resultar em prejuízo para os doentes e respetivos cuidadores informais, determinando um certo abandono das pessoas à sua sorte. A RNCCI e, mormente, os CLD domiciliários «reportam a uma gama de serviços e assistência para pessoas que, em consequência de fragilidade mental e/ou física, doença e/ou incapacidade **durante um longo período de tempo**, dependem de apoio para as atividades da vida diária e/ou

necessitam de cuidados de enfermagem permanentes...» (Conselho da União Europeia, 2022).

3. A satisfação de doentes e cuidadores informais é determinante sob dois pontos de vista: a) promove a perceção de apoio para que as famílias aceitem integrar no seu seio um familiar dependente, sem o qual se torna difícil atingir o objetivo de incrementar esta tipologia de CLD; e b) o paradigma nos CLD deve focar-se na valorização da experiência humana positiva, mormente no que ao processo de envelhecimento diz respeito.
4. A perceção de saúde e bem-estar inscreve-se no paradigma de CLD focados na valorização da experiência humana positiva e na progressiva promoção da «gestão baseada no valor».
5. A monitorização do número de episódios de urgência e de internamento hospitalar, durante a integração na ECCI, é relevante; no entanto, deve ser analisada com precaução, pois os CLD domiciliários não substituem os serviços de urgência nem os internamentos hospitalares que se revelem necessários. Devem, isso sim, evitar episódios de urgência e internamentos contraproducentes.

Segue-se a descrição das principais variáveis monitorizadas.

Taxa de ocupação das ECCI = (Somatório de dias ocupados na ECCI num determinado mês / (Lotação de uma determinada ECCI no SI_RNCCI, no mês X número de dias desse mês (número de diárias possíveis)) X 100.

Média mensal de doentes/dia nas ECCI = Lotação de uma determinada ECCI no SI_RNCCI, num determinado mês X (Taxa de ocupação da ECCI nesse mesmo mês / 100).

Dias de internamento na ECCI = Se a data de alta não está preenchida (assume o valor 2025/12/31); senão data de alta - data de admissão (em dias). Quartil 1 = “Curto”, Quartil 2 = “Moderado”, Quartil 3 = “Longo” e Quartil 4 = “Muito longo”.

Satisfação dos utentes das ECCI face à assistência proporcionada = bicsp [Código SIARS 2024.504.01] NUMERADOR (AA): Somatório dos scores obtidos nos inquéritos de satisfação que cumprem as condições enunciadas para o denominador (ver alíneas H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (BB): Contagem de inquéritos de satisfação realizados em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. A utentes [integrados em ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Realizado nas condições definidas (ver alíneas B, C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS). C. Classificados como válidos (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS). Observações Gerais:

A. São considerados todos os inquéritos realizados a utentes com tempo de integração em ECCI superior a 30 dias; B. Com recurso ao formulário descrito no anexo A de OBSERVAÇÕES GERAIS; C. Realizado a utentes com condição clínica para responder ao formulário; D. O primeiro contacto e a respetiva recolha de dados para avaliação da satisfação, deve ocorrer aos 30 dias após integração; E. Esta avaliação deve repetir-se, para cada utente integrado em ECCI, a cada 30 dias de tempo de integração, até ao momento da alta; F. O inquérito deve ser realizado por pessoa externa à UF avaliada e pode ser realizado de forma presencial ou não presencial, encontrando-se o formulário descrito no Anexo A de OBSERVAÇÕES GERAIS, validado para ser realizado por via telefónica; G. São considerados como válidos todos os inquéritos que cumpram as condições definidas anteriormente, respondidos de forma voluntária e com resposta a todas as questões que integram o formulário; H. O score de satisfação de cada formulário obtém-se através

da seguinte fórmula: $Q1 = \text{somatório}((\text{Valor da pergunta } 16) + (\text{Média dos valores obtidos nas perguntas de 1 a 15})/2)$.

A satisfação dos utentes das ECCI face à assistência proporcionada é classificada de acordo com o score obtido, da seguinte forma:

IF [regras_calculo] <2,5 then “Muito insatisfeito”

Else if [regras_calculo] >=2,5 and [regras_calculo] <5 then “Insatisfeito”

Else if [regras_calculo] >=5 and [regras_calculo] <7,5 then “Satisfeito”

Else if [regras_calculo] >=7,5 and [regras_calculo] <=10 then “Muito satisfeito”.

I. O somatório dos scores obtidos nos inquéritos de satisfação dos utentes [integrados em ECCI], face à assistência proporcionada, é calculado através do somatório dos diferentes scores obtidos dos diferentes formulários

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO TELEFÓNICA DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DAS ECCI FACE À ASSISTÊNCIA PROPORCIONADA (Vilela, 2018)⁵

O utente tem condição para responder ao formulário? Sim___ Não___

Número de Utente: _____

Nome do utente: _____

Data da recolha de dados: ___/___/___

Serão colocadas perguntas centradas no apoio proporcionado, no último mês, pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). No caso de não saber, não querer responder ou não se aplicar alguma das questões colocadas, simplesmente, deixe a resposta em branco.

Numa escala de 1 a 10 – em que o 1 representa Muito Insatisfeito e o 10 corresponde a Muito Satisfeito, diga-me: quanto satisfeito(a) está com:

Questão 1 - A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço

Questão 2 - A facilidade de entrar em contacto com a equipa a qualquer momento (telefone ou outro)

Questão 3 - A disponibilidade dos profissionais para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas

Questão 4 - A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados

Questão 5 - A forma como os profissionais promovem a sua participação nos cuidados

Questão 6 - As orientações dadas sobre os cuidados

Questão 7 - O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres

Questão 8 - Os cuidados de prevenção de complicações

Questão 9 - O apoio emocional proporcionado

Questão 10 - A promoção da independência para realizar as atividades de vida diária (comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)

Questão 11 - A qualidade da relação que os profissionais estabelecem consigo

Questão 12 - A coordenação e integração dos cuidados de saúde com o apoio social

Questão 13 - A pontualidade dos profissionais

Questão 14 - A compatibilização da prestação de cuidados com as suas disponibilidades, ou da família

Questão 15 - O encaminhamento efetuado em situações de urgência

Questão 16 - Globalmente, e face às suas expectativas, quanto satisfeito(a) está com a assistência prestada pela ECCI

Satisfação dos cuidadores informais dos utentes das ECCI face à assistência proporcionada = bicsp [Código SIARS 2024.505.01]. Similar ao anterior tomando por sujeito os cuidadores informais dos utentes das ECCI.

Perceção saúde e bem-estar dos cuidadores dos utentes em ECCI = bicsp [Código SIARS 2024.506.01] NUMERADOR (AA): Somatório dos scores obtidos nos inquéritos de avaliação da perceção da saúde e bem-estar que cumprem as condições enunciadas para o denominador (ver alíneas H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (BB): Contagem de inquéritos de

⁵ [Adaptado de:] Vilela, C. (2018). Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24206>

avaliação da perceção da saúde e bem-estar realizados em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. A utentes [integrados em ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Realizado nas condições definidas (ver alíneas B, C, D, E e F de OBSERVAÇÕES GERAIS). C. Classificados como válidos (ver alínea G de OBSERVAÇÕES GERAIS). Observações Gerais:

A. São considerados todos os inquéritos realizados a utentes com tempo de integração em ECCI superior a 30 dias; B. Com recurso ao formulário adaptado de EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ e descrito no anexo A de OBSERVAÇÕES GERAIS; C. Realizado a utentes com condição clínica para responder ao formulário; D. O primeiro contacto e a respetiva recolha de dados para avaliação da perceção da saúde e bem-estar dos utentes [integrados em ECCI], deve ocorrer aos 30 dias após integração; E. Esta avaliação deve repetir-se, para cada utente integrado em ECCI, a cada 30 dias de tempo de integração, até ao momento da alta; F. O inquérito deve ser realizado por pessoa externa à UF avaliada e pode ser realizado de forma presencial ou não presencial, encontrando-se o formulário descrito no Anexo A de OBSERVAÇÕES GERAIS, validado para ser realizado por via telefónica; G. São considerados como válidos todos os inquéritos que cumpram as condições definidas anteriormente, respondidos de forma voluntária e com resposta a todas as questões que integram o formulário; H. O score de avaliação da perceção da saúde e bem-estar dos utentes das ECCI, em cada formulário, obtém-se através da seguinte fórmula: $Q1 = \text{somatório}(\text{dos valores obtidos em todas as questões do formulário})$.

A perceção da saúde e bem-estar dos utentes das ECCI é classificada de acordo com o score obtido, da seguinte forma:

IF [regras_calculo] <4 then “Péssima”

Else if [regras_calculo] >=4 and [regras_calculo] <8 then “Fracá”

Else if [regras_calculo] >=8 and [regras_calculo] <12 then “Boa”

Else if [regras_calculo] >=12 and [regras_calculo] <16 then “Muito boa”

Else if [regras_calculo] >=16 and [regras_calculo] <=20 then “Excelente”

I. O somatório dos scores obtidos nos inquéritos de avaliação da da perceção da saúde e bem-estar dos utentes [integrados em ECCI], é calculado através do somatório dos diferentes scores obtidos dos diferentes formulários

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR DOS UTENTES DAS ECCI E DOS SEUS CUIDADORES INFORMAIS⁶

Cuidador Informal _____ Utente _____

Número de Utente: _____

Nome do utente: _____

Data da recolha de dados: ____/____/____

Vou colocar-lhe algumas perguntas sobre o seu estado de saúde. Obrigado por responder a este questionário!

Questão A - Em geral, acha que a sua saúde é: 1 - Péssima, 2 - Fraca, 3 - Boa, 4 - Muito boa, 5 - Excelente; Questão B - Relativamente à sua capacidade para andar: 1 - Não consigo andar, 2 - Tenho alguma dificuldade, 3 - Não tenho dificuldades; Questão C - Relativamente à sua capacidade para o autocuidado: 1 - Não consigo andar, 2 - Tenho alguma dificuldade para tomar banho e vestir-me, 3 - Não tenho dificuldades; Questão D - Relativamente à sua capacidade para realizar as atividades habituais (trabalhar, lazer, tratar da casa, ...): 1 - Não consigo realizar as atividades habituais, 2 - Tenho alguma dificuldade, 3 - Não tenho dificuldades; Questão E - Relativamente a dores: 1 - Tenho dor severa, 2 - Tenho dor moderada, 3 - Não tenho dores; Questão F - Relativamente ao seu estado de humor e

⁶ Adaptado de: EuroQol Research Foundation. EQ-5DTM

ansiedade: 1 - Sinto-me extremamente ansioso(a) ou deprimido(a), 2 - Sinto-me moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a), 3 - Não me sinto ansioso(a) nem deprimido(a).

Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI = bicsp [Código SIARS 2013.291.01] NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C)] é verdadeira: A. Todas as condições do denominador. B. A "alta" foi qualificada no sistema de informação como "internamento hospitalar" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS). C. A "suspensão de vaga" foi qualificada no sistema de informação como "internamento hospitalar" (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alíneas B e D de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS). Observações Gerais:

A. São consideradas as "altas" e as "suspensões de vaga" qualificadas no sistema de informação como "internamento hospitalar". Não são contabilizadas as que são qualificadas como um dos seguintes ou equivalentes: Óbito, Objetivos atingidos, Transferência para outra tipologia, Outros; B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI; C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte: [Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1; D. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador; E. Indicador apenas calculado para UCC com SClínico, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SClínico. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.

Taxa de episódios de urgência hospitalar em utentes integrados em ECCI = bicsp [Código SIARS 2024.508.01] NUMERADOR (AA): Contagem de episódios ocorridos na rede de urgência hospitalar em que a condição [A e B e C e D] é verdadeira. A. Realizados a utentes incluídos no denominador. B. Realizados num dos serviços de urgência pertencentes à rede de urgência de Portugal continental, incluindo centros de trauma, urgência polivalente, urgência medico cirúrgica e serviços de urgência básica. C. A "admissão" do episódio de urgência ocorreu durante o período de integração em ECCI e é coincidente com o período em análise. D. O utente não foi transferido e admitido, até 5 horas após a alta, noutra serviço de urgência (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alíneas A, B e D de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Ponderados pela proporção de dias de integração, desde um mínimo de 1 dias até um máximo de 365 dias (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS). Observações Gerais:

A. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI. São consideradas todas as qualificações de "alta" independentemente do motivo. Não é considerada a "suspensão de vaga". B. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador. C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte: [Duração da integração] = [Data de alta] -

[Data de admissão] + 1. D. Indicador apenas calculado para ECCI com Sclínico. Nos ACES que tenham ECCI a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporta dados das respetivas ECCI a usar SClínico. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador. E. Quando um utente é transferido de um serviço de urgência para outro, apenas se contabiliza 1 episódio de urgência (o último).

2.4. Fontes de dados

Foram usadas maioritariamente fontes de dados da SPMS: o SI_RNCCI, o bicsp, e o Sistema de Dados Mestre (SDM).

Importa clarificar que foram desenvolvidos no SI_RNCCI os inquéritos relativos à «AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DAS ECCI FACE À ASSISTÊNCIA PROPORCIONADA», «AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS DOS UTENTES DAS ECCI FACE À ASSISTÊNCIA PROPORCIONADA» e à «AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR DOS UTENTES DAS ECCI E DOS SEUS CUIDADORES INFORMAIS». Estes inquéritos, nos termos das «Cartas de Compromisso» implicou o fornecimento mensal da lista de contactos telefónicos dos doentes e respectivos cuidadores informais que, em cada mês, completavam períodos de 30 dias de internamento nas ECCI, a um serviço criado em cada uma das cinco ULS que executou os inquéritos previstos no Artigo 12.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril.

3. Articulação das ECCI com o Serviço de Apoio Domiciliário

A articulação entre as ECCI e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é outra dimensão prevista na Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril, pois trata-se de uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito” (Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro).

Numa perspetiva holística, a articulação entre o SAD e os cuidados de saúde é crucial para promover o envelhecimento no próprio domicílio (*ageing in place*), retardando ou evitando a institucionalização de pessoas dependentes. Esta resposta social assegura cuidados personalizados nomeadamente ao nível da higiene, alimentação e conforto e apoio psicossocial ao utente e cuidador, contribuindo para a redução do isolamento e para o alívio da sobrecarga das famílias.

O SAD é desenvolvido, em Portugal, por diferentes entidades, sendo maioritariamente assegurado por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou entidades equiparadas. No âmbito do modelo de cooperação estabelecido com o Estado, formalizado através de acordos de cooperação celebrados com o Instituto da Segurança Social, é atribuída comparticipação financeira destinada a apoiar o funcionamento das respostas sociais desenvolvidas pelas entidades do setor social e solidário.

As instituições prestadoras de SAD detêm autonomia na gestão da sua capacidade (número máximo de utentes/lugares permitido) e nos processos de admissão dos utentes, sendo a integração na resposta precedida de uma avaliação realizada pela própria. Neste contexto, a sinalização de necessidades de apoio social no âmbito da referenciação para cuidados

domiciliários de saúde deve ser entendida como um mecanismo de articulação entre sistemas, não correspondendo automaticamente a uma integração no SAD.

Dado que as Equipas de Coordenação Local da RNCCI integram assistentes sociais do ISS, considerou-se que estas constituem um veículo privilegiado e potenciador da articulação entre os SAD e as ECCI, visando captar o interesse dessas equipas e serviços para o Projeto, bem como monitorizar a satisfação das necessidades dos utentes e dos seus cuidadores informais.

Como referido, o Projeto-piloto apresenta um novo modelo experimental de referenciação à RNCCI (AUR), que apoia a tomada de decisão pela ECL, integrando o algoritmo que analisará a informação clínica e social e ajudará a encaminhar o utente para a tipologia de cuidados mais adequada bem como indicar se existe necessidade de apoio social da resposta SAD. A partir desta premissa desenvolveu-se um modelo de articulação com o SAD para se obter os resultados pretendidos.

3.1. Implementação do Projeto na área social

A implementação do Projeto – piloto é acompanhada e avaliada por uma equipa designada para esse efeito, nomeada através do Despacho n.º 5522/2025, de 15 de maio, integrando elementos representantes das áreas da saúde e da segurança social.

A área da segurança social, tem como principal missão dinamizar a componente social do Projeto, promover a articulação institucional com a área da saúde e acompanhar a implementação do modelo de articulação entre as ECCI e as instituições com resposta de SAD, até ao seu término.

Com o objetivo de apresentar o Projeto-piloto e promover a adesão das instituições e equipas territorialmente abrangidas, a equipa de acompanhamento realizou Webinars, reuniões presenciais e encontros por videoconferência, designadamente:

- 22 de maio de 2025: reunião com o Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social e Centros Distritais;
- 23 de junho de 2025: reunião com as Organizações Representativas do Setor Social e Solidário;
- 2 de julho de 2025: reunião com as Equipas de Coordenação Local e Centros Distritais envolvidos;
- 2 de julho de 2025: sessão dirigida às instituições com resposta de Serviço de Apoio Domiciliário;
- 3 de julho de 2025: reunião com organizações representativas do setor social e instituições com SAD;
- 17 de julho de 2025: sessão adicional dirigida a instituições que não puderam participar nas sessões anteriores.

3.2 Envolvimento das instituições e equipas territoriais

A participação das instituições que desenvolvem a resposta de SAD no Projeto foi realizada mediante adesão voluntária, formalizada através do preenchimento de um formulário online. No total, aderiram 118 instituições com resposta de SAD nos territórios abrangidos.

No caso da cidade de Lisboa, a adesão foi reduzida, atendendo à especificidade da delegação de competências na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCM Lisboa) relativamente à garantia das respostas de ação social, incluindo o Serviço de Apoio Domiciliário.

No que respeita à representação da Segurança Social nas Equipas de Coordenação Local (ECL), o Projeto envolveu 16 técnicos, distribuídos pelas seguintes equipas:

- ECL Coimbra – 8 técnicos (6 do Centro Distrital de Coimbra e 2 do Centro Distrital de Leiria);
- ECL São João – 3 técnicos (Centro Distrital do Porto);
- ECL Santo António – 2 técnicos (Centro Distrital do Porto);
- ECL Matosinhos – 1 técnico (Centro Distrital do Porto);
- ECL Santa Maria – 2 técnicos (Centro Distrital de Lisboa).

Foram ainda designados 5 entrevistadores, pertencentes aos Centros Distritais Coimbra, Porto e Lisboa, responsáveis pela realização das entrevistas de avaliação junto dos utentes ou representantes legais que manifestaram previamente o seu consentimento para participar no processo de recolha de informação.

3.3. Ferramentas técnicas e instrumentos de suporte

O modelo de articulação desenvolvido pela Segurança Social foi suportado por diversos instrumentos técnicos, designadamente:

- uma aplicação informática para sinalização da situação ao SAD, resposta do mesmo e monitorização do processo (versão atualizada);
- fluxogramas de processo traduzindo o circuito geral de referênciação à RNCCI e de sinalização entre ECL e SAD;
- um Guia de Apoio aos profissionais envolvidos (versão atualizada);
- um Manual de Utilizador da ECL da aplicação informática (versão atualizada);
- um Manual de Utilizador do SAD da aplicação informática (versão atualizada);
- formulário eletrónico (google forms) para as instituições aderirem ao projeto.

A aplicação desenvolvida foi a possível no âmbito de um projeto-piloto, mas que tem sido fundamental na operacionalização de todo o processo da área social.

No decurso do projeto foram igualmente introduzidas melhorias e novas funcionalidades na aplicação, visando otimizar a sua eficácia e eficiência, quer no manuseamento da mesma, quer no potenciar dos resultados obtidos.

Foi ainda criada uma caixa de correio eletrónico institucional dedicada ao projeto, destinada à comunicação e esclarecimento de dúvidas junto das instituições participantes.

3.4. Proteção de dados e consentimento dos utentes

Para garantir a conformidade com o enquadramento legal em matéria de proteção de dados pessoais, articulou-se com a área da Proteção e Segurança de Dados do ISS, dedicada ao enquadramento metodológico e às exigências do Regime Geral de Proteção de Dados (RGPD). Daí resultou a obrigatoriedade de recolha do consentimento informado, devidamente assinado e datado pelo utente ou pelo seu representante legal.

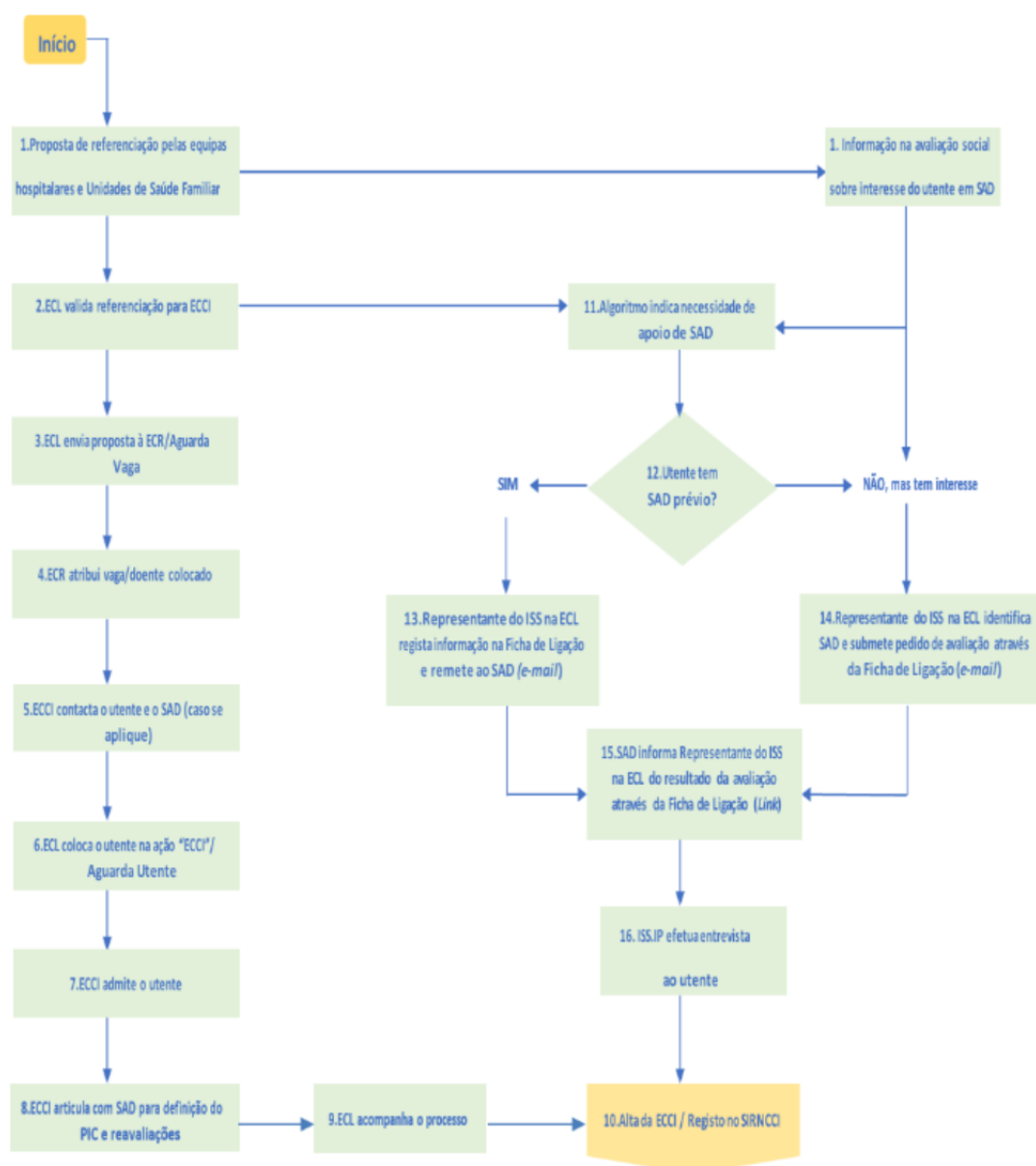
Para este efeito, foi disponibilizada na aplicação informática uma minuta de declaração de autorização, a qual deve ser assinada e datada pelo utente ou pelo seu representante legal, permitindo a sua participação no processo de avaliação e o tratamento da informação recolhida para efeitos de monitorização e análise do Projeto.

Do mesmo modo, as instituições aderentes, aquando da submissão de manifestação de interesse em participar no projeto declaram a aceitação no tratamento dos dados.

3.5. Desenvolvimento das fases do modelo de articulação

Analisando todo o processo de referenciação à RNCCI, verificamos que é na ECL que ocorre a tomada de decisão quanto à tipologia e, portanto, é esta equipa que promove a sua validação na plataforma informática da RNCCI. Em resultado deste procedimento, e tendo como premissa agilizar, tão cedo quanto possível, a resposta SAD e aproximá-la do utente, considerou-se que seria em sede de ECL, onde ocorre a validação da tipologia resultante do AUR, a fase privilegiada para se impulsionar a sinalização ao SAD e, consequentemente, iniciar-se o processo de avaliação do utente pela Instituição, conforme o demonstrado na figura seguinte.

Figura 2 - Fluxograma de avaliação da necessidade de SAD



Contudo, tal não obsta que os referenciadores possam, em função do conhecimento que têm da situação clínica e social do utente e das suas necessidades, encetarem ações conducentes ao início do apoio de SAD, podendo este, no entanto, vir a revelar-se desnecessário caso se verifique, entretanto, alteração da tipologia pelo AUR para resposta de internamento.

Sabemos que até à efetiva concretização do apoio SAD, decorre um conjunto de procedimentos que integram diferentes fases de avaliação por parte da instituição. Este processo envolve a análise da situação social e das necessidades do utente, a realização de contactos e reuniões com o próprio e/ou com a família, bem como a definição das condições de prestação do apoio. Todo este percurso culmina na eventual contratualização do serviço, estando sujeito ao cumprimento inerente de procedimentos administrativos.

O despoletar da sinalização para SAD logo na fase inicial do processo de referênciação, ou seja, em ECL, pretende contribuir para uma maior probabilidade de articulação entre ambos os apoios, SAD e ECCI, pois os procedimentos de avaliação à eventual admissão no SAD poderão ser acionados pela ECL e iniciados atempadamente pela instituição, permitindo que, no momento da admissão do utente em ECCI, parte significativa desse processo se encontre concluída ou, pelo menos, adiantada.

Tal dinâmica favorece a possibilidade de ambos os apoios iniciarem a sua intervenção no domicílio em momento próximo ou até mesmo simultâneo, assegurando uma prestação de cuidados de saúde e de apoio social mais eficaz, concertada e complementar, centrada no utente e partilhada com o cuidador.

No sentido de cumprirmos com o estipulado pela Portaria n.º 156/2025/1/7 abril no que se refere à identificação das necessidades de SAD pelo AUR e a operacionalização da articulação, propôs-se a introdução de um campo específico de “Sinalização para SAD” a partir do AUR, permitindo identificar as situações de utentes em que se considera existir necessidade de apoio social no domicílio, resultando em “SIM” ou “NÃO” para “Sinalizar para SAD”, que entrou em produção no passado mês de abril.

A proposta de definição deste campo foi desenvolvida pela área da Segurança Social em articulação com as estruturas técnicas da RNCCI, tendo por base variáveis pré-definidas pela saúde e já existentes no modelo de avaliação, designadamente:

- compromisso do utente no autocuidado;
- disponibilidade de cuidador informal.

A proposta inclui informação relativa à capacidade do cuidador informal para assegurar serviços de apoio social considerados essenciais ao bem-estar do utente, designadamente:

- fornecimento e apoio nas refeições;
- cuidados de higiene e conforto pessoal;
- higiene habitacional;
- apoio a deslocações e pequenas compras.

Pela ausência da componente social no AUR, a sinalização para SAD tem resultado da avaliação casuística que é feita pela ECL das informações sociais e de saúde, e sempre que se concluiu pela necessidade desta resposta social, o Representante da Segurança Social na ECL iniciou esse encaminhamento para a Instituição de proximidade à morada do utente pela submissão online de uma “Ficha de Ligação”.

Esta “Ficha de Ligação” é suportada na aplicação informática já referida, não só para efetuar a sinalização e a articulação entre a ECL e o SAD, mas também para permitir a obtenção de resultados e análise de dados.

Após receção da sinalização, a instituição procede ao contacto com o utente ou cuidador informal para realização da avaliação e definição dos cuidados a prestar, posteriormente, regista o resultado dessa avaliação através de formulário eletrónico disponibilizado para esse efeito, que integra posteriormente a base de dados global.

Tal como já referido anteriormente, o ISS.IP previu um mecanismo de recolha de informação junto dos utentes que aceitaram integrar o Serviço de Apoio Domiciliário e que autorizaram participar na fase de aferição de satisfação/necessidades supridas.

As entrevistas são realizadas telefonicamente por técnicos designados pelos Centros Distritais do ISS, sendo cada utente entrevistado apenas uma vez, após decorridos dois meses de integração em SAD. A informação recolhida permite avaliar a utilidade e adequação do apoio prestado, bem como identificar eventuais necessidades adicionais de melhoria.

O desenvolvimento da fase das entrevistas na aplicação informática foi concluído em março p.p., implicando que as entrevistas venham a ser realizadas na extensão do projeto.

3.6. Acompanhamento do Projeto e constrangimentos identificados

No decurso da implementação do Projeto foram realizadas sessões de trabalho com os representantes da Segurança Social nas ECL, com o objetivo de identificar dificuldades na operacionalização do circuito de sinalização e recolher contributos para melhoria do modelo.

A análise dos contributos recolhidos junto das equipas das diferentes regiões evidencia um conjunto de constrangimentos comuns na implementação do Projeto, coexistindo, contudo, algumas particularidades associadas às especificidades organizativas e territoriais de cada região.

Entre os aspetos transversais identificados destacam-se:

- dificuldades na clarificação do papel das instituições no âmbito do projeto;
- necessidade de formalização e sistematização de práticas de articulação entre as equipas envolvidas;
- dificuldades na utilização da aplicação informática;
- discrepâncias entre o circuito de sinalização previsto e algumas práticas observadas no terreno.

Foi igualmente transmitido, que nos contactos estabelecidos para sinalização a SAD, foram identificados constrangimentos para a integração efetiva, sendo apontado como motivos:

- custo do serviço;
- obrigatoriedade de contratualização no mínimo dois serviços;
- preferência por cuidadores informais ou soluções privadas.

Infere-se ainda, que a não integração, no AUR, da componente de avaliação da necessidade de apoio social, terá condicionado o número de sinalizações para SAD.

Caso a determinação do resultado “SIM” ou “NÃO” relativamente à necessidade de SAD fosse gerada automaticamente pelo AUR, ou seja, do próprio sistema de referência e avaliação, à semelhança do que se verifica na decisão relativa à tipologia, tal configuraria um mecanismo

vinculativo para as equipas, nomeadamente dos representantes da segurança social nas ECL, pela obrigatoriedade de validação desse resultado e do respetivo encaminhamento técnico.

4. Resultados

A apresentação dos resultados estrutura-se em seis pontos:

- Articulação com os SAD
- Acesso a CLD domiciliários no âmbito da RNCCI,
- Satisfação com o apoio das ECCI,
- Perceção sobre a saúde e o bem-estar,
- Episódios de urgência dos utentes das ECCI,
- Episódios de internamento hospitalar dos utentes das ECCI.

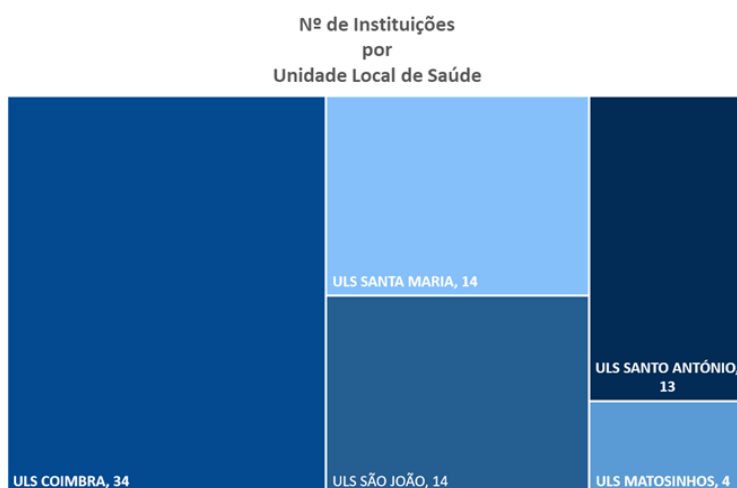
4.1. Articulação com os SAD

Apresentam-se de seguida os principais dados resultantes da implementação do modelo de articulação entre as ECCI e SAD, no âmbito do projeto-piloto.

Relativamente à distribuição do número de sinalizações para SAD por ULS, bem como o estado associado a essas sinalizações, verifica-se que, do total de 82 utentes, foram efetuadas 73 sinalizações para SAD, evidenciando uma relação importante da identificação de necessidades de apoio social no âmbito do processo de referenciação à RNCCI.

A distribuição por ULS apresenta alguma heterogeneidade, observando-se maior concentração de sinalizações em determinadas unidades, o que poderá refletir diferenças nos contextos territoriais, nas práticas de referenciação ou na própria implementação do modelo.

Gráfico 1 – Número de instituições por Unidade Local de Saúde



O gráfico apresenta a distribuição do número de instituições com resposta de SAD, das aderentes ao Projeto, por ULS. Observam-se diferenças no número de instituições entre os territórios, que devem ser interpretadas à luz das diferentes dinâmicas e momentos de adesão ao Projeto. Neste contexto, do total de 120 instituições aderentes, 79 foram objeto de sinalização para os 73 utentes acima referidos. Verificou-se a necessidade de se realizar mais do que uma sinalização para o mesmo utente, decorrente da inexistência de vaga/serviços por parte do SAD. A unidade de Coimbra apresenta um número mais elevado de instituições envolvidas, refletindo uma maior

dinâmica de mobilização e articulação institucional, enquanto outros territórios evidenciam valores mais reduzidos, associados a processos de adesão mais tardios ou a menor intensidade de mobilização inicial.

Constata-se a relevância dos processos de adesão e envolvimento institucional enquanto fator condicionador da implementação do modelo nos diferentes territórios.

No decurso do acompanhamento realizado é evidente a necessidade de apoio social no âmbito do processo de referenciação à RNCCI e, conseqüentemente, a relevância em se desencadear mecanismos de articulação com o Serviço de Apoio Domiciliário. Contudo, importa incrementar as sinalizações em integrações, melhorando a operacionalização a do circuito e da concretização das respostas.

Importa ainda considerar que a avaliação corresponde a uma fase inicial de implementação do Projeto e a um universo ainda circunscrito, pelo que não permitem retirar conclusões estruturais sobre a eficácia do modelo. Não obstante, permite identificar oportunidades de melhoria, nomeadamente ao nível da eficiência do circuito de sinalização, da capacidade de resposta das instituições, da adequação dos serviços prestados e da articulação efetiva entre cuidados de saúde e apoio social no domicílio.

4.1. Acesso a CLD domiciliários no âmbito da RNCCI

Primeiro: de onde partimos? No âmbito da RNCCI, em 2024, existiam 312 ECCI registadas no SI_RNCCI e em funcionamento, com uma taxa de ocupação de lugares, a nível nacional, de 67,67%. Ou seja, apesar de o número de lugares disponíveis no sistema de informação da RNCCI (SI_RNCCI) ser de 6161, a média de doentes por dia nas ECCI foi de 3957. Note-se que os lugares disponíveis no SI_RNCCI variam ao longo do ano em cada ECCI; assim, o cálculo semanal, mensal ou anual do produto do número de lugares das ECCI no mesmo período pela respetiva taxa de ocupação permitem-nos aceder ao valor que verdadeiramente importa: a média de doentes por dia nas ECCI.

Deve notar-se o seguinte: em 2024, as ECCI assistiam, em média, 3957 utentes diariamente. No entanto, estima-se por defeito, que a necessidade de assistência permanente reporta a 11401 pessoas nesta tipologia da RNCCI. Este cálculo baseia-se nos dados do Censos 2021, embora existam estimativas atuais sobre a população com 75 ou mais anos que apontam para valores substantivamente superiores. Isto significa que, em 2024, existia uma cobertura efetiva, por defeito, de apenas 35% das necessidades.

Tabela 2. População com 75 ou mais anos por região, lugares e ocupação das ECCI em 2024

Região	População com 75 ou mais anos	Lugares necessários	Lotação no SI_RNCCI	Taxa de ocupação das ECCI	Média de doentes/dia
ALENTEJO	69014	690	534	60,61%	320
ALGARVE	51755	518	712	65,84%	480
CENTRO	232352	2324	855	67,90%	565
LISBOA E VALE DO TEJO	409993	4100	2050	51,39%	1031
NORTE	376938	3769	2010	77,77%	1561
Total	1140052	11401	6161	64,70%	3957

Em dezembro de 2025, existiam 320 ECCI em funcionamento, mas 6 dessas ECCI tinham uma média de doentes/dia inferior a 1; ou seja, existiam, de facto, 314 ECCI em funcionamento. Ao comparar os dados globais de 2024 com os de 2025, conclui-se que houve um incremento de 7,6% na média de doentes/dia. Este aumento traduz-se em cerca de 300 doentes adicionais por dia no Continente, verificando-se aumento em quase todas as regiões, com exceção do Algarve, onde se verificou um ligeiro decréscimo de 2,87% (menos 14 doentes/dia). No futuro, as metas deverão ser revistas, substituindo o foco no número de equipas pelo volume de doentes/dia assistidos nos CLD domiciliários.

A 1 de julho de 2025, iniciou-se o projeto-piloto em cinco ULS, envolvendo 26 ECCI e, entre julho e março de 2026, 2704 utentes e respetivos cuidadores informais.

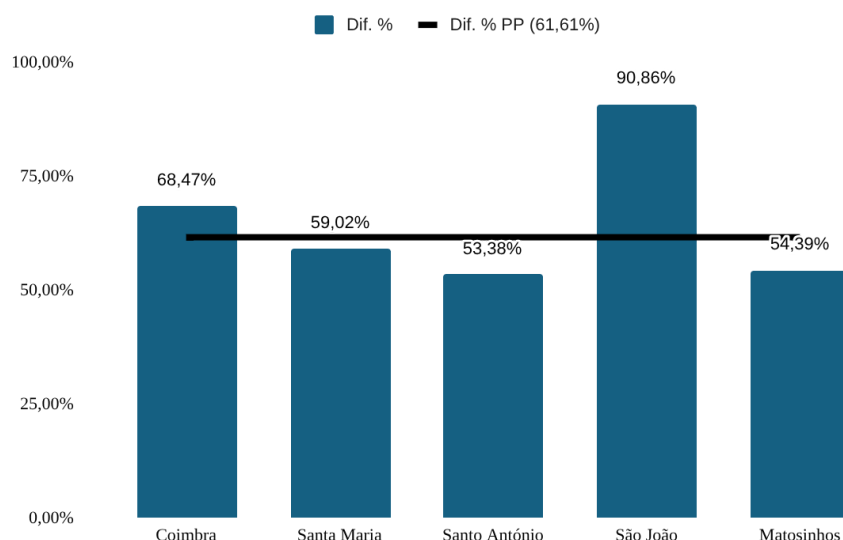
Procuramos comparar alguns dados biográficos dos doentes assistidos pelas ECCI do projeto-piloto com os restantes, verificando não existirem diferenças estatisticamente significativas quanto à distribuição por sexo, idade, e número de dias de internamento nas ECCI.

Distribuição por sexo: 59,13% sexo feminino e 40,87% do sexo masculino. Idade: média de 80 anos; as duas classes etárias mais frequentes são, 59,94% de doentes com 80 ou mais anos e 30,73% de doentes com mais de 65 e menos de 79 anos.

Quanto ao número de dias de internamento dos doentes nas ECCI, distribuindo a massa probabilística por quartis, verifica-se: Curto (20,27%) - até 21 dias; Moderado (23,32%) - mais de 21 e menos de 62 dias; Longo (25%) - mais de 62 e menos de 110 dias; Muito longo (31,41%) - mais de 110 e menos de 247 dias.

No decurso dos nove meses do projeto-piloto (julho de 2025 a 31 de março de 2026, inclusivé), assistiu-se a um incremento de 61,61% na média de doentes/dia nestas ECCI, face ao período homólogo (1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé).

Gráfico 2. Diferença média de doentes/dia nas ECCI do projeto-piloto (face aos meses homólogos, de julho de 2024 a março de 2025)



As cinco ULS partiam de contextos distintos em 2024 quanto ao cumprimento dos objetivos de doentes/dia. É de notar que, em quatro das cinco ULS do projeto-piloto, a cobertura era substantivamente inferior à taxa de cobertura verificada a nível nacional (**34,71%**). A exceção, mais significativa, era a ULS de Matosinhos, que apresentava, à partida, uma diferença percentual face aos objetivos significativamente superior à verificada a nível nacional.

Tabela 3. Objetivo relativo ao número de lugares necessários, média de doentes/dia em 2024 e diferença percentual face ao objetivo (em 2024)

ULS	Objetivos doentes/dia	Doentes/dia em 2024	Cobertura
Santa Maria	430	72	16,66%
Coimbra	632	164	25,94%
Santo António	380	104	27,38%
São João	390	138	35,39%
Matosinhos	209	97	46,21%

ULS de Santa Maria: Partia da cobertura mais baixa (16,66% face aos objetivos), tendo registado na comparação com os meses homólogos anteriores um incremento de 59,02% nas equipas que integraram o projeto.

ULS de Santo António: Partia de uma cobertura de 27,38% tendo integrado todas as suas ECCI pré-existentes, verificou um aumento de 53,38% na comparação com os meses homólogos anteriores.

Desempenho Superior: Tanto a ULS de Coimbra como a ULS de São João superaram a média global do projeto (61,61%), com crescimentos de 68,47% e 90,86%, respetivamente.

No caso da ULS de Matosinhos, importa sublinhar que esta já apresentava, à partida, a maior taxa de cobertura (46,21% do objetivo). Com a integração de todas as suas ECCI pré-existentes no projeto-piloto, assistiu-se a um incremento adicional de 54,39% no número médio de doentes/dia.

De facto, ao compararmos os nove meses do projeto com o período homólogo de 2024, verificamos que a ULS de Matosinhos subiu de uma média de 97 para 150 doentes/dia. Este desempenho consolida uma taxa de cobertura que se posiciona significativamente acima das médias registadas tanto na região Norte como no Continente.

Verifica-se, nos primeiros seis meses do projeto-piloto, o seguinte:

→ ULS de Coimbra

- ◆ Integraram o projeto-piloto as ECCI: Alvaiázere, Ansião, Arganil, Cantanhede, Celas, Coimbra Saúde, Góis, Mira, Mortágua e Penacova;
 - Média de **169 doentes/dia**;
 - Incremento de **68,47%** no número de doentes/dia face ao período homólogo de 1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé;
- ◆ Não integraram o projeto-piloto as ECCI: Condeixa-a-Nova, Figueiró dos Vinhos, Lousã, Mealhada, Miranda do Corvo, Norton de Matos, Pampilho, Penela, Peragrande, Pinheiro dos Abraços, Poiares e Tábua.
 - Estas ECCI tiveram uma média de 84 doentes/dia no período do projeto-piloto;

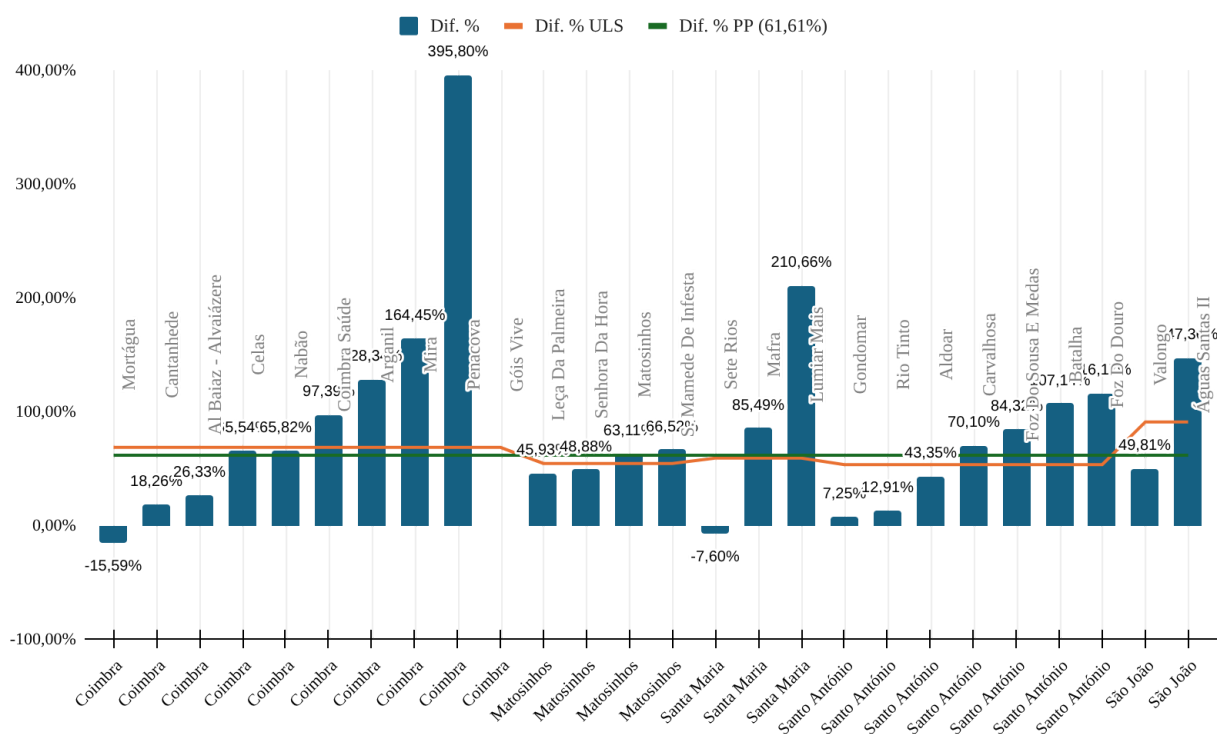
- **Se** nestas ECCI obtivéssemos um incremento de 68,47% como o verificado nas ECCI do projeto-piloto, o número de doentes/dia seria de 142;
- ◆ Caso todas as atuais ECCI da ULS de Coimbra integrassem o projeto com um incremento similar às que o integraram, a ULS passaria de uma taxa de cobertura face ao objetivo de 26,18% para 48,68%. Isto representaria um acréscimo de 58 doentes/dia, embora continuassem a faltar, ainda assim, 324 doentes/dia para atingir o objetivo de cobertura de CLD domiciliários na área da ULS.
- ULS de Santa Maria
 - ◆ Integraram o projeto-piloto as ECCI: Lumiar, Mafra e Sete Rios;
 - **Média de 65 doentes/dia;**
 - **Incremento de 59,02% no número de doentes/dia face ao período homólogo de 1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé;**
 - ◆ Não integraram o projeto-piloto as ECCI: Alvalade e Benfica.
 - Estas ECCI tiveram uma média de 6 doentes/dia no período do projeto-piloto;
 - **Se** nestas ECCI obtivéssemos um incremento de 59,02%, o número de doentes/dia seria de 10;
 - ◆ Caso todas as atuais ECCI da ULS de Santa Maria integrassem o projeto com um incremento similar às que o integraram, a ULS passaria de uma taxa de cobertura face ao objetivo de 15,80% para 17,08%. Isto representaria um acréscimo de 10 doentes/dia, embora continuassem a faltar 357 doentes/dia para atingir o objetivo de cobertura de CLD domiciliários na área da ULS.
- ULS de Matosinhos
 - ◆ Integraram o projeto-piloto todas as ECCI da ULS: Leça da Palmeira, Matosinhos, S. Mamede Infesta e Senhora da Hora;
 - **Média de 149 doentes/dia;**
 - **Incremento de 54,39% no número de doentes/dia face ao período homólogo de 1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé;**
 - ◆ A taxa de cobertura face ao objetivo passou de 46,21% para 67,81%. Isto representa um acréscimo de 45 doentes/dia, embora continuem a faltar 67 doentes/dia para atingir o objetivo de cobertura de CLD domiciliários na área da ULS.
 - ◆ **NOTA:** A ULS de Matosinhos, no final de abril comunicou um aumento de lotação das suas ECCI atingindo assim, caso se venha a verificar uma taxa de ocupação próxima dos 100%, uma cobertura total face aos objetivos de cobertura de CLD domiciliários na área da ULS.
- ULS de Santo António
 - ◆ Integraram o projeto-piloto todas as ECCI: Aldoar, Batalha, Carvalhosa, Foz Do Douro, Foz Do Sousa E Medas, Gondomar e Rio Tinto;
 - **Média de 165 doentes/dia;**
 - **Incremento de 53,38% no número de doentes/dia face ao período homólogo de 1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé;**
 - ◆ A taxa de cobertura face ao objetivo passou de 28,30% para 40,81%. Isto representa um acréscimo de 48 doentes/dia, embora continuem a faltar 225

doentes/dia para atingir o objetivo de cobertura de CLD domiciliários na área da ULS.

→ ULS de São João

- ◆ Integraram o projeto-piloto as ECCI: Águas Santas e Valongo;
 - Média de 65 doentes/dia;
 - Incremento de 90,86% no número de doentes/dia face ao período homólogo de 2024 de 1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé;
- ◆ Não integraram o projeto-piloto as ECCI: Maia, Bonfim, Campanhã, Castelo da Maia, Ermesinde e Paranhos.
 - Média de 88 doentes/dia no mesmo período;
 - Se nestas ECCI obtivéssemos um incremento de 90,86%, o número de doentes/dia seria de 140;
- ◆ Caso todas as atuais ECCI da ULS de São João integrassem o projeto com um incremento similar às que o integraram, a ULS passaria de uma taxa de cobertura face ao objetivo de 35,39% para 74,23%. Isto representaria um acréscimo de 52 doentes/dia, embora continuassem a faltar 101 doentes/dia para atingir o objetivo de cobertura de CLD domiciliários na área da ULS.

Gráfico 3. Incremento percentual verificado no número de doentes/dia nas ECCI do projeto-piloto, por ULS, face ao incremento médio na ULS e ao incremento global no projeto-piloto



Em síntese, várias ECCI nas cinco ULS não iniciaram o projeto-piloto por impossibilidade de cumprimento dos requisitos da Portaria, essencialmente devido à carência de enfermeiros. Nas equipas que ficaram fora do projeto, registou-se uma média de 179 doentes/dia; caso tivessem

obtido o incremento de 61,61% verificado no piloto, o número de doentes assistidos subiria para 289 por adição de mais 110 doentes/dia.

Alargando a análise, no período homólogo, às ECCI (a nível nacional) que não integraram o projeto, verifica-se que registaram uma média de 3856 doentes/dia. Se a estas se aplicasse o incremento de 61,61%, **teríamos um aumento de 2376 doentes assistidos por dia**. Note-se que as ULS do projeto-piloto se situam em zonas de maior escassez de profissionais e apresentavam as taxas de cobertura mais baixas face aos objetivos.

Quanto à eficácia financeira, **o custo das ECCI** (com equipas de 2 enfermeiros especialistas e 3 de cuidados gerais) — incluindo incentivos de 809,16€/mês por profissional (valor médio dos incentivos pagos durante os primeiros seis meses do projeto-piloto) — **fixou-se em apenas 19€ por dia/doente**. Nota sobre o cálculo: Considerou-se o vencimento médio dos enfermeiros em 2025 (Especialistas: 1863,62€; Cuidados Gerais: 1600,46€ X 14 meses; dividindo o produto por 12), subsídio de alimentação, encargos sociais (330,11€) e incentivos; divididos por 25 doentes e pelo número de dias do mês. Importa realçar no entanto, a importância da constituição de equipas multidisciplinares no âmbito dos CLD domiciliários pelo que, do trabalho desenvolvido com as Ordens profissionais da área da saúde (descrita no capítulo 5 deste relatório), é necessário definir um modelo de custeio para esta tipologia da Rede e, a partir daí, definir um valor de custo/dia, à semelhança do que acontece com as restantes tipologias.

Em termos comparativos, recordam-se os preços das diárias na RNCCI em 2025: Unidade de Convalescença: 120,87€; UMDR: 105,21€; ULDM: 87,62€ (acrescido do valor de 25€ por úlceras de pressão e de 1,51€ por fraldas, nas ULDR).

4.2. Satisfação com o apoio das ECCI

O País carece de um forte incremento de CLD domiciliários. Um dos aspetos determinantes para aumentar a proporção de pessoas dependentes assistidas no domicílio prende-se com a perceção que os utentes e os respetivos cuidadores informais têm sobre a qualidade e a efetividade do apoio recebido.

Internacionalmente, tem vindo a ser enfatizada a necessidade de uma evolução no paradigma dos CLD, equilibrando a atual circunscrição à “qualidade dos cuidados” (determinada pela visão dos profissionais de saúde) com a valorização da experiência humana positiva face ao processo de envelhecimento (determinada pela visão dos utentes e respetivos cuidadores informais). Neste contexto, como referido anteriormente, foi monitorizada mensalmente a satisfação dos utentes e respetivos cuidadores informais face ao apoio proporcionado pelas ECCI.

Foram realizados 3472 inquéritos telefónicos nos nove meses da experiência, obtendo-se 862 respostas de doentes (muitos não reuniam condições para responder) e 2570 respostas dos respetivos cuidadores informais.

No futuro, deve ser ponderada a utilidade da frequência mensal dos inquéritos, principalmente nos casos de internamentos prolongados nas ECCI. Por outro lado, é necessário evoluir no sentido de aumentar o número de chamadas atendidas. Importa que os dispositivos dos utentes identifiquem as chamadas como sendo da ULS. Durante os primeiros nove meses, em algumas ULS, os contactos apareciam aos utentes como “número desconhecido”, o que levou a que muitos não fossem atendidos. Verificou-se ainda que, em alguns casos, o contacto do cuidador informal registado no SI_RNCCI não correspondia, de facto, ao cuidador informal principal.

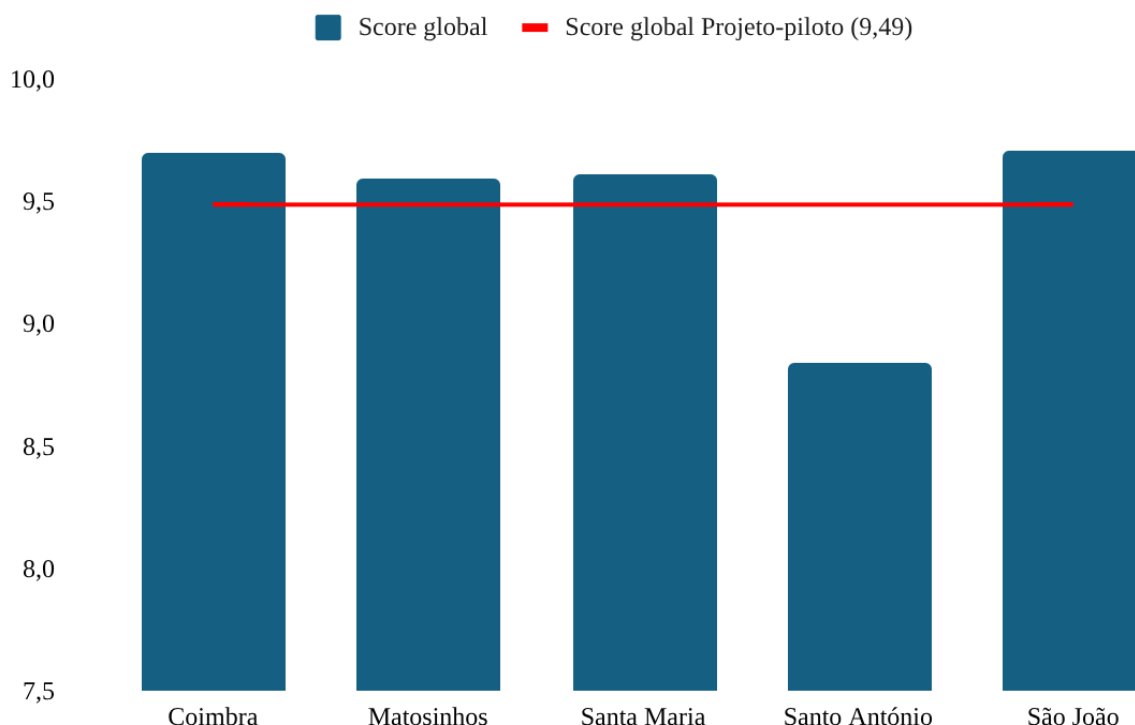
4.2.1. Satisfação dos cuidadores informais

O inquérito é composto de 16 perguntas pontuadas numa escala de 0 a 10 pontos, sendo que a questão 16 - “Globalmente, e face às suas expetativas, quão satisfeito(a) está com a assistência prestada pela ECCI” - avalia a satisfação no seu global. Relembramos que o score de satisfação de cada formulário obtém-se através da fórmula: $\text{somatório}((\text{Valor da pergunta 16}) + (\text{Média dos valores obtidos nas perguntas de 1 a 15})/2)$. Assim, o grau de satisfação varia de 1 a 10. Obtido o score, aplicamos as regras: Score < 2,5 - “Muito insatisfeito”; Score $\geq 2,5$ and < 5 - “Insatisfeito”; Score ≥ 5 and < 7,5 - “Satisfeito”; Score $\geq 7,5$ <= 10 - “Muito satisfeito”.

No que se reporta à satisfação dos cuidadores informais com o apoio recebido pelas ECCI obtivemos um score médio de 9,49, sem diferença estatisticamente significativa entre as ECCI das diferentes ULS: Muito insatisfeito = 0,16%; Insatisfeito = 1,28%; Satisfeito = 3,23%; e Muito satisfeito = 95,33%.

No gráfico seguinte, o eixo vertical inicia no valor 7,5 para permitir uma melhor análise das diferenças encontradas. Relembra-se que os valores entre 7,5 e 10, representam uma apreciação de “Muito satisfeito”.

Gráfico 4. Scores globais da satisfação dos cuidadores informais dos utentes assistidos pelas ECCI com o apoio recebido, por ULS e score médio global do projeto-piloto



No que se reporta aos resultados obtidos nos diferentes itens do inquérito, podemos observar que apesar de verificar-se “Muita satisfação” em todos eles, os seguintes aspetos obtiveram valores inferiores ao da questão “Globalmente, e face às suas expetativas, quão satisfeito(a) está com a assistência prestada pela ECCI” (9,66):

- O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres;
- A pontualidade dos profissionais;
- A coordenação e integração dos cuidados de saúde com o apoio social;
- O encaminhamento efetuado em situações de urgência;
- O apoio emocional proporcionado a si;
- A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço;
- Os cuidados de prevenção de complicações;
- A preparação facultada para o(a) ajudar a tomar conta do seu familiar dependente;
- A compatibilização da prestação de cuidados com as suas disponibilidades, ou da família;
- A forma como os profissionais promovem a sua participação nos cuidados;
- As orientações dadas sobre os cuidados;
- A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados.

Por outro lado, os seguintes aspetos obtiveram valores superiores ao da questão “Globalmente, e face às suas expetativas, quão satisfeito(a) está com a assistência prestada pela ECCI” (9,66):

- A facilidade de entrar em contacto com a equipa a qualquer momento (telefone ou outro);
- A disponibilidade dos profissionais para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas;
- A qualidade da relação que os profissionais estabelecem consigo.

Gráfico 5. Score obtido nos 16 itens do inquérito de satisfação dos cuidadores informais com o apoio recebido pelas ECC

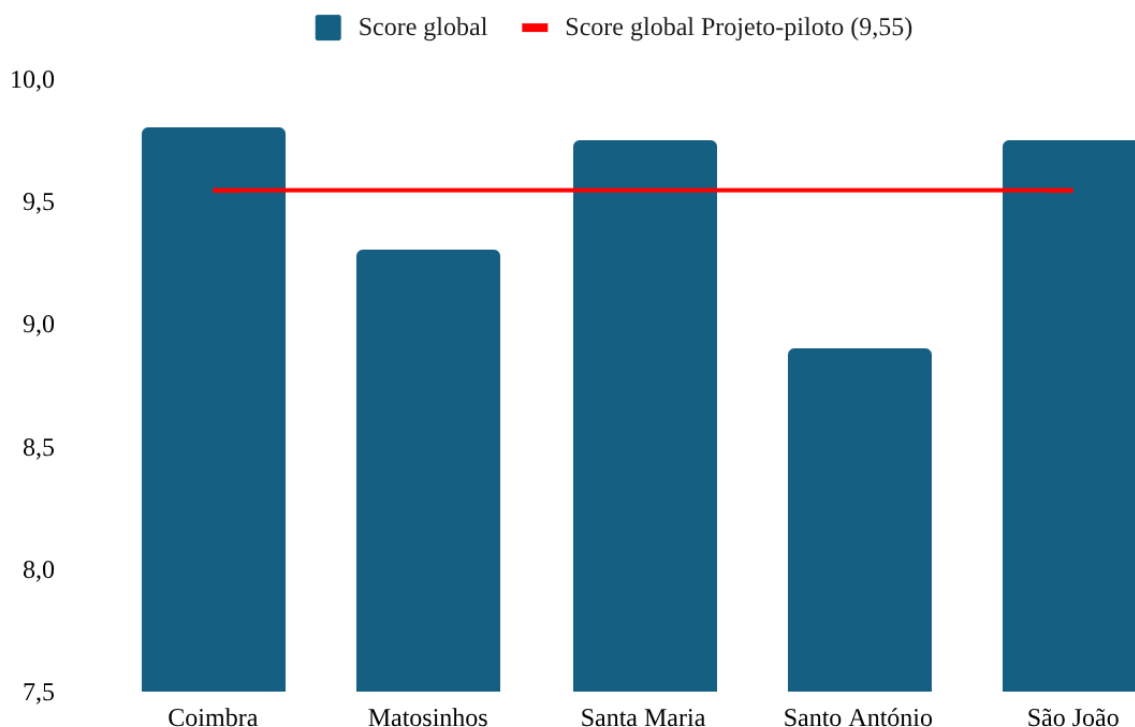


4.2.2. Satisfação dos utentes

No que se reporta à satisfação dos utentes com o apoio recebido pelas ECCI obtivemos um score médio de 9,55, sem diferença estatisticamente significativa entre as ECCI das diferentes ULS: Muito insatisfeito = 0%; Insatisfeito = 1,74%; Satisfeito = 2,78%; e Muito satisfeito = 95,48%.

No gráfico seguinte, o eixo vertical inicia no valor 7,5 para permitir uma melhor análise das diferenças encontradas. Relembra-se que os valores entre 7,5 e 10, representam uma apreciação de “Muito satisfeito”.

Gráfico 6. Scores globais da satisfação dos utentes com o apoio recebido pelas ECCI das cinco ULS e score médio global do projeto-piloto



No que se reporta aos resultados obtidos nos diferentes itens do inquérito, podemos observar que apesar de verificar-se “Muita satisfação” em todos eles, os seguintes aspetos obtiveram valores inferiores ao da questão “Globalmente, e face às suas expetativas, quão satisfeito(a) está com a assistência prestada pela ECCI” (9,55):

- O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres;
- A pontualidade dos profissionais;
- A coordenação e integração dos cuidados de saúde com o apoio social;
- O encaminhamento efetuado em situações de urgência;
- A promoção da independência para realizar as atividades de vida diária (comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...);
- A compatibilização da prestação de cuidados com as suas disponibilidades, ou da família;
- A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço;
- As orientações dadas sobre os cuidados;

- A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados;
- Os cuidados de prevenção de complicações.

Por outro lado, os seguintes aspetos obtiveram valores superiores ao da questão “Globalmente, e face às suas expetativas, quão satisfeito(a) está com a assistência prestada pela ECCI” (9,55):

- A forma como os profissionais promovem a sua participação nos cuidados;
- O apoio emocional proporcionado;
- A disponibilidade dos profissionais para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas;
- A facilidade de entrar em contacto com a equipa a qualquer momento (telefone ou outro);
- A qualidade da relação que os profissionais estabelecem consigo.

Gráfico 7. Score obtido nos 16 itens do inquérito de satisfação dos utentes com o apoio recebido pelas ECCI



Em síntese, os dados permitem-nos afirmar que utentes e respetivos cuidadores informais estão muito satisfeitos com o apoio recebido pelas ECCI, havendo até alguma admiração pela resposta assistencial recebida; no entanto, somos da opinião de que importa, no futuro, melhorar a coordenação e integração dos cuidados de saúde com o apoio social; o encaminhamento efetuado em situações de urgência; a compatibilização da prestação de cuidados com as disponibilidades do cuidador informal, ou da família; e a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados.

4.3. Perceção sobre a saúde e o bem-estar

A perceção sobre a saúde e o bem-estar de utentes e respetivos cuidadores informais inscreve-se no paradigma de CLD focados na valorização da experiência humana positiva e na progressiva promoção da «gestão baseada no valor».

Foram obtidas respostas a 829 inquéritos telefónicos realizados aos utentes assistidos pelas ECCI e a 2388 a inquéritos aos respetivos cuidadores informais, nos nove meses da experiência. Tal como referido relativamente à satisfação com o apoio recebido pelas ECCI, deve ser ponderada a utilidade da frequência mensal dos inquéritos, principalmente nos casos de internamentos prolongados. Reforçamos que é necessário que os dispositivos dos utentes identifiquem as chamadas como sendo da ULS e que o contacto do cuidador informal corresponda, de facto, ao cuidador informal principal.

4.3.1. Perceção dos cuidadores informais sobre a saúde e o bem-estar

Passamos agora à análise dos resultados obtidos em cada uma das questões do inquérito. Relativamente à avaliação global da perceção dos cuidadores informais sobre a sua saúde e bem-estar, aferida através da questão «Em geral, como avalia a sua saúde?», os resultados foram os seguintes:

- Boa: 57,29%,
- Fraca: 25,29%,
- Muito boa: 11,18%,
- Excelente: 5,40%,
- Péssima: 0,84%.

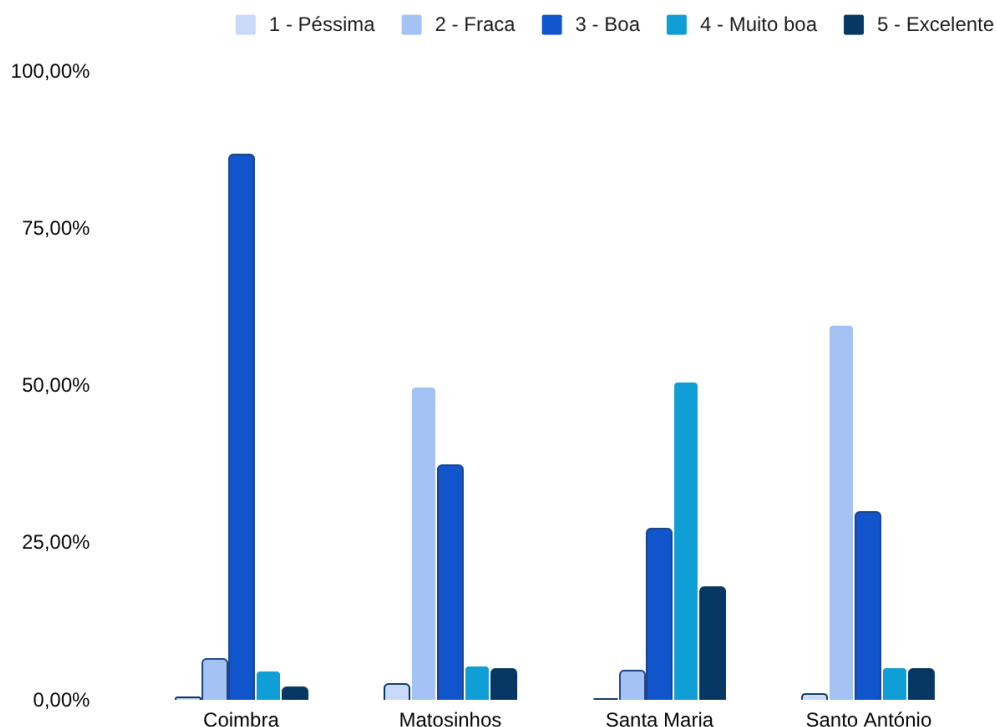
Importa referir que a capacidade e a disponibilidade do cuidador informal para o exercício do papel constituem um critério determinante para o encaminhamento de utentes para as ECCI. Por outras palavras, um utente dependente no autocuidado que não disponha de, pelo menos, um cuidador com estas valências, não reúne as condições necessárias para a referida referenciação. Este facto ajuda a contextualizar a razão pela qual a grande maioria (quase 70%) dos cuidadores informais perceciona a sua saúde e bem-estar como 'boa', 'muito boa' ou 'excelente'.

No gráfico seguinte, podemos observar diferenças substantivas na perceção global dos cuidadores informais sobre a sua saúde e bem-estar. Os cuidadores informais dos utentes das ECCI na ULS de Coimbra e na ULS de Santa Maria percecionam a sua saúde como 'boa', 'muito boa' ou 'excelente'; enquanto a maioria dos cuidadores informais dos utentes das ECCI na ULS de Matosinhos e na ULS Santo António percecionam a sua saúde como 'fraca'.

Apesar das diferenças identificadas na 'Perceção dos cuidadores informais sobre a saúde e o bem-estar' entre as ULS, as mesmas não devem ser valorizadas, dado que detetámos um erro na recolha dos dados em duas ULS. No início de abril, aquando da análise dos resultados em cada ULS, verificámos que estava a ocorrer, com frequência, um erro na recolha destes dados entre as pessoas que os recolhem: em vez de se questionar a **autoperceção** dos cuidadores informais, estava a avaliar-se a perceção do cuidador informal sobre a saúde e o bem-estar do doente. O erro de recolha de dados foi corrigido em abril, pelo que as diferenças na 'Perceção dos cuidadores informais sobre a saúde e o bem-estar' entre as ULS devem ser reavaliadas no futuro. Salientamos que este erro teve impacto, prejudicando o cálculo dos incentivos aos enfermeiros.

Se excluirmos os dados dessas ULS, verificamos que a grande maioria (mais de 90%) dos cuidadores informais perceciona a sua saúde e bem-estar como 'boa', 'muito boa' ou 'excelente' o que releva no que se refere à potencial necessidade de SAD.

Gráfico 8. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Em geral, acha que a sua saúde é”, por ULS

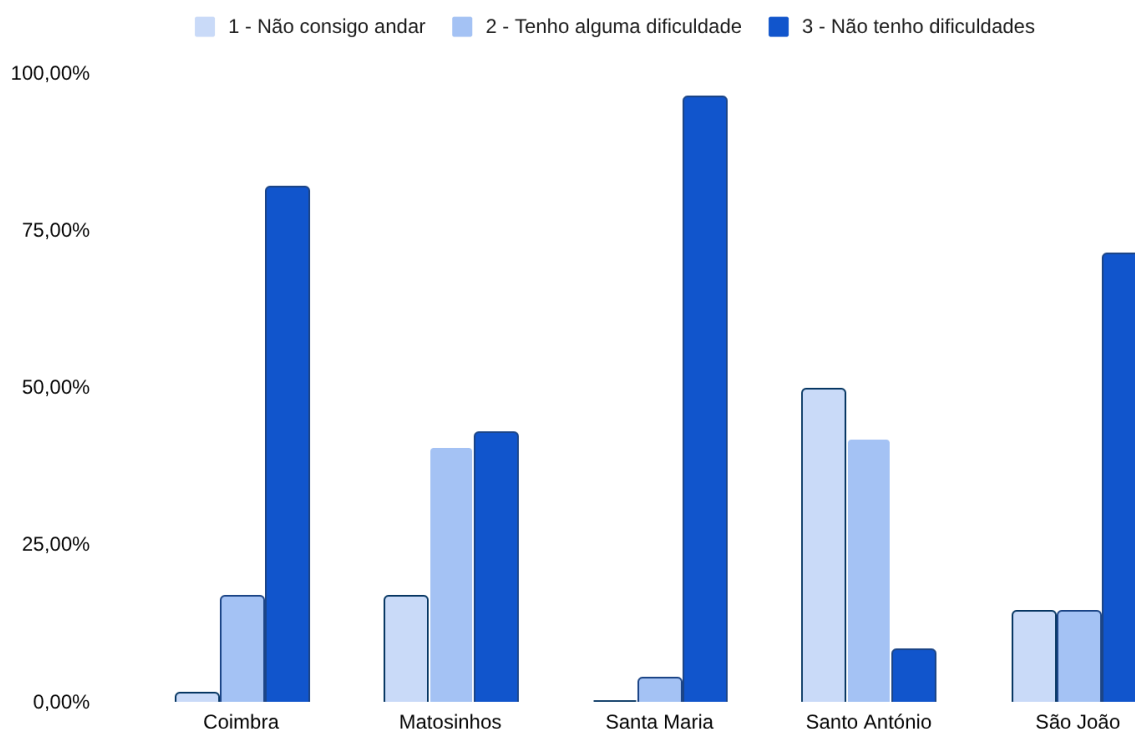


Relativamente à avaliação global da percepção dos cuidadores informais sobre a sua «Capacidade para andar», os resultados foram os seguintes:

- Não tenho dificuldades: 61,26%,
- Tenho alguma dificuldade: 23,83%,
- Não consigo andar: 14,91%.

Se excluirmos os dados das ULS onde ocorreram erros na recolha destes dados, verificamos que a grande maioria (mais de 83%) dos cuidadores informais perceciona a sua capacidade para andar como 'Não tenho dificuldades'.

Gráfico 9. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente à sua capacidade para andar”, por ULS

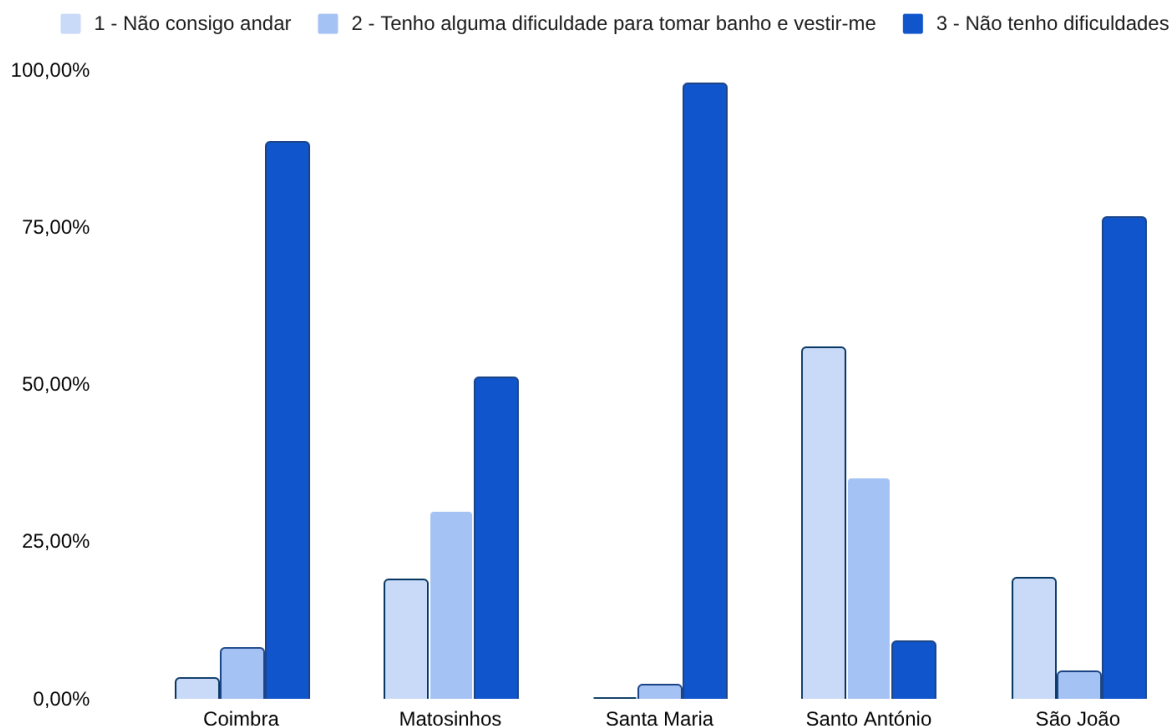


Relativamente à avaliação global da perceção dos cuidadores informais sobre a sua «Capacidade para o autocuidado», os resultados foram os seguintes:

- Não tenho dificuldades: 66,16%,
- Tenho alguma dificuldade para tomar banho e vestir-me: 16%,
- Não consigo andar: 17,84%.

Se excluirmos os dados das ULS onde ocorreram erros na recolha destes dados, verificamos que a grande maioria (mais de 89%) dos cuidadores informais perceciona a sua capacidade para o autocuidado como 'Não tenho dificuldades'.

Gráfico 10. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente à sua capacidade para o autocuidado”, por ULS

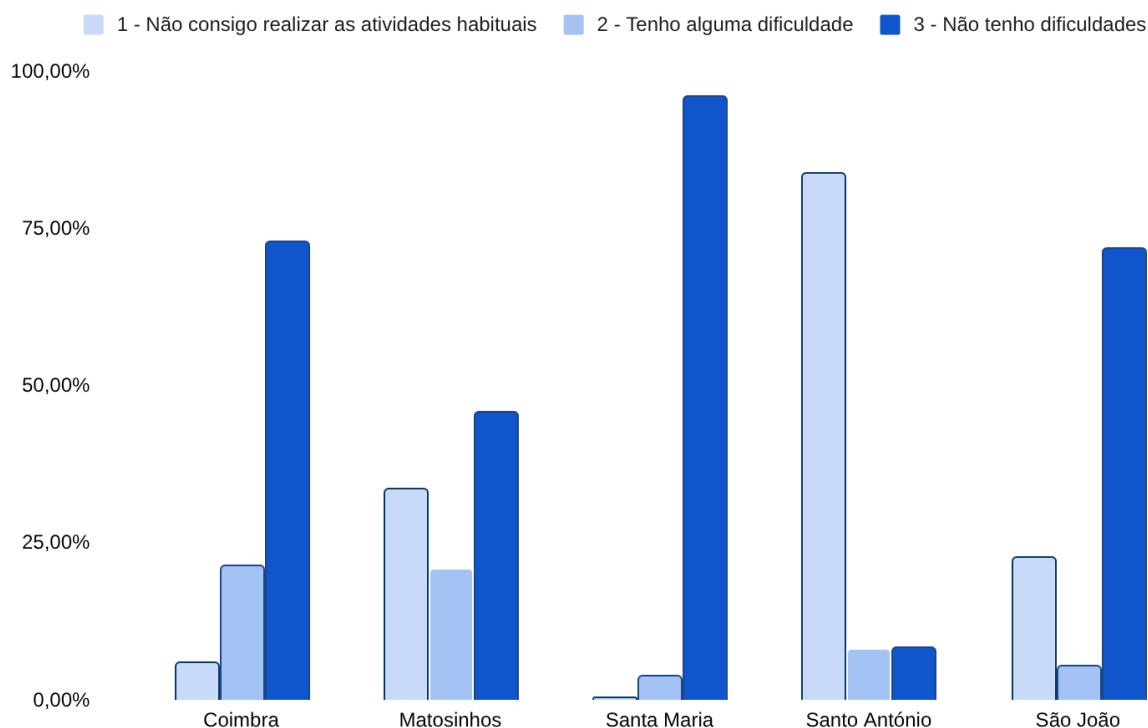


Na avaliação global da perceção dos cuidadores informais sobre a sua «... capacidade para realizar as atividades habituais (trabalhar, lazer, tratar da casa, ...)», os resultados foram os seguintes:

- Não tenho dificuldades: 57,50%,
- Tenho alguma dificuldade: 15,12%,
- Não consigo realizar as atividades habituais: 27,39%.

Se excluirmos os dados das ULS onde ocorreram erros na recolha destes dados, verificamos que a grande maioria (mais de 80%) dos cuidadores informais perceciona a sua capacidade para realizar as atividades habituais (trabalhar, lazer, tratar da casa, ...) como 'Não tenho dificuldades'.

Gráfico 11. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente à sua capacidade para realizar as atividades habituais (trabalhar,lazer, tratar da casa, ...)”, por ULS

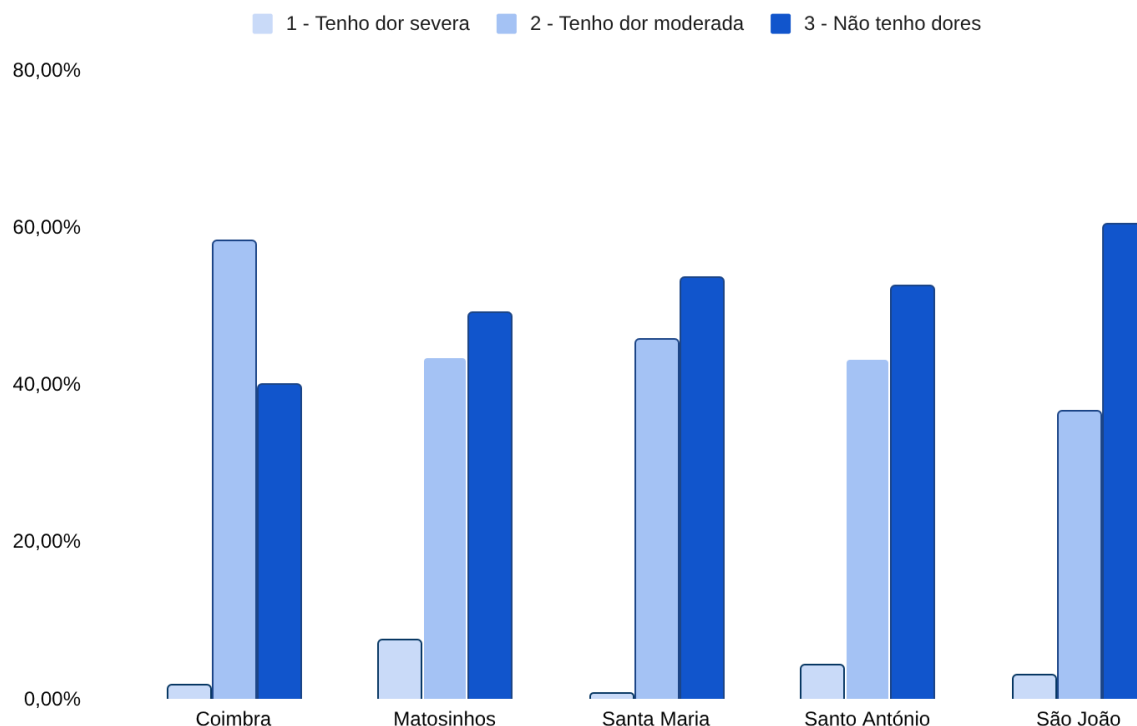


Na avaliação global da perceção dos cuidadores informais «Relativamente a dores», os resultados foram os seguintes:

- Não tenho dores: 47,03%,
- Tenho dor moderada: 49,92%,
- Tenho dor severa: 3,06%.

Neste caso, relativamente à perceção de dores, não observamos o mesmo tipo de diferença do que a encontrada nos itens anteriores, aliás, o gráfico seguinte permite realizar uma *quase-homogeneidade* nos resultados encontrados nas cinco ULS.

Gráfico 12. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente a dores”, por ULS

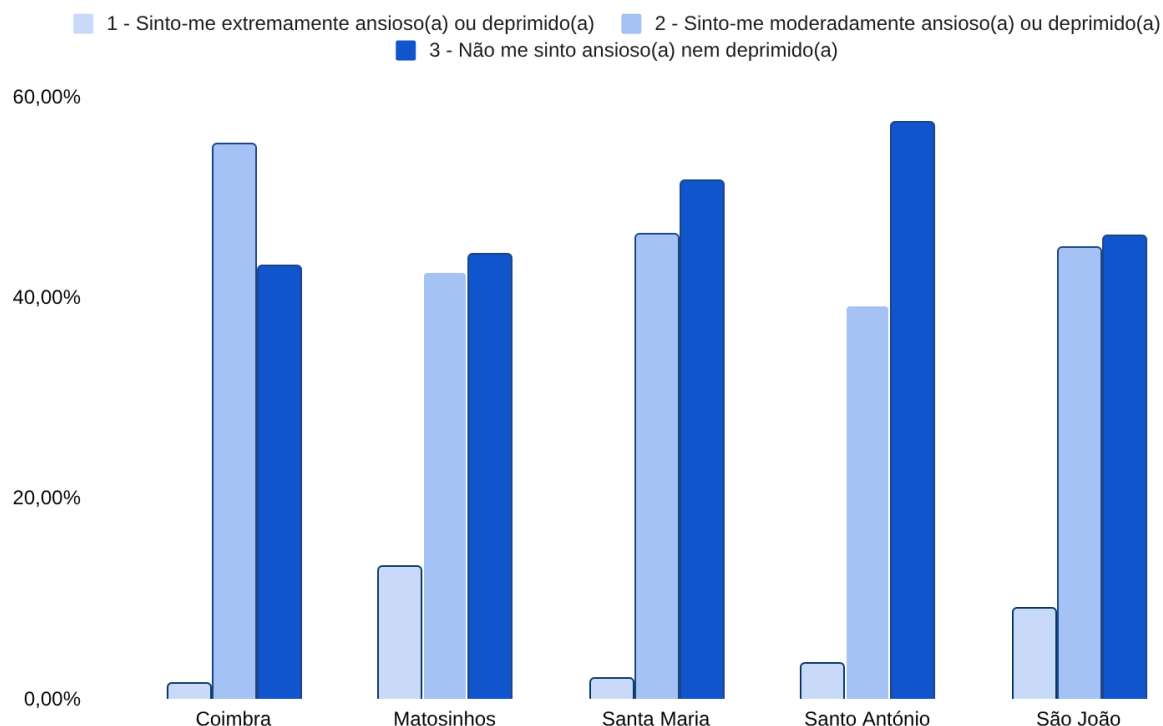


Na avaliação global da percepção dos cuidadores informais «Relativamente ao seu estado de humor e ansiedade», os resultados foram os seguintes:

- Não me sinto ansioso(a) nem deprimido(a): 47,74%,
- Sinto-me moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a): 48,2%,
- Sinto-me extremamente ansioso(a) ou deprimido(a): 4,06%.

Relativamente à percepção do seu estado de humor e ansiedade, também não observamos o mesmo tipo de diferença do que a encontrada anteriormente, aliás, o gráfico seguinte permite realizar uma *quase-homogeneidade* nos resultados encontrados nas cinco ULS predominando a resposta «Não me sinto ansioso(a) nem deprimido(a)». É muito relevante o facto de, «apenas», 4,06% percecionar ansiedade ou depressão, pela potencial associação desta percepção à, eventual, necessidade de descanso do cuidador.

Gráfico 13. Distribuição relativa das respostas dos cuidadores informais à questão “Relativamente ao seu estado de humor e ansiedade”, por ULS



4.3.2. Perceção dos utentes sobre a saúde e o bem-estar

Passamos agora à análise dos resultados obtidos no inquérito sobre a perceção dos utentes sobre a saúde e o bem-estar. É necessário realçar que 65,28% dos utentes não reuniam condições de responder ao inquérito; isto é, dos 2388 inquéritos realizados, apenas, foi possível apreciar a perceção dos utentes sobre a saúde e o bem-estar em 829 casos. Analisada a questão: «Em geral, como avalia a sua saúde?», apuramos que 2,9% avaliam a sua saúde como «Péssima» e 79,17% como «Fraca». Os dados obtidos são compreensíveis uma vez que o primeiro critério para a referenciação para as ECCI reporta uma dependência no autocuidado dificultadora do acesso do utente aos serviços de saúde.

Em síntese, salientamos o facto de a grande maioria (mais de 90%) dos cuidadores informais percecionarem a sua saúde e bem-estar como 'boa', 'muito boa' ou 'excelente' o que releva no que se refere à potencial necessidade de SAD. Estes achados alertam-nos para a importância da estruturação de critérios para associar às ECCI os serviços de apoio domiciliário, definindo uma estrutura de integração efetiva dos SAD nos CLD domiciliários.

4.4. Episódios de urgência dos utentes das ECCI

Importa relembrar que a monitorização do número de episódios de urgência, durante a integração na ECCI, é relevante; no entanto, deve ser analisada com precaução, pois os CLD domiciliários não substituem os serviços de urgência que se revelem necessários. Devem, sim, evitar episódios de urgência contraproducentes.

Em 2025 houve 8.724 episódios de urgência no contexto dos doentes integrados nas ECCI, traduzindo uma proporção de 13 episódios de recurso aos serviços de urgência por cada 100 doentes integrados nas ECCI.

O projeto-piloto iniciou-se em julho de 2025. Decorrido nove meses, importava comparar os dados com os meses homólogos do ano anterior. Neste contexto, a tabela seguinte mostra as proporções de ocorrência de recursos aos serviços de urgência por cada 100 doentes integrados nas ECCI de 1 de julho de 2025 a 31 de março de 2026, por região comparando com as ECCI do projeto-piloto.

Tabela 4. % de episódios de urgência dos doentes integrados nas ECCI de 1 de julho de 2025 a 31 de março de 2026, por região comparando com as ECCI do projeto-piloto

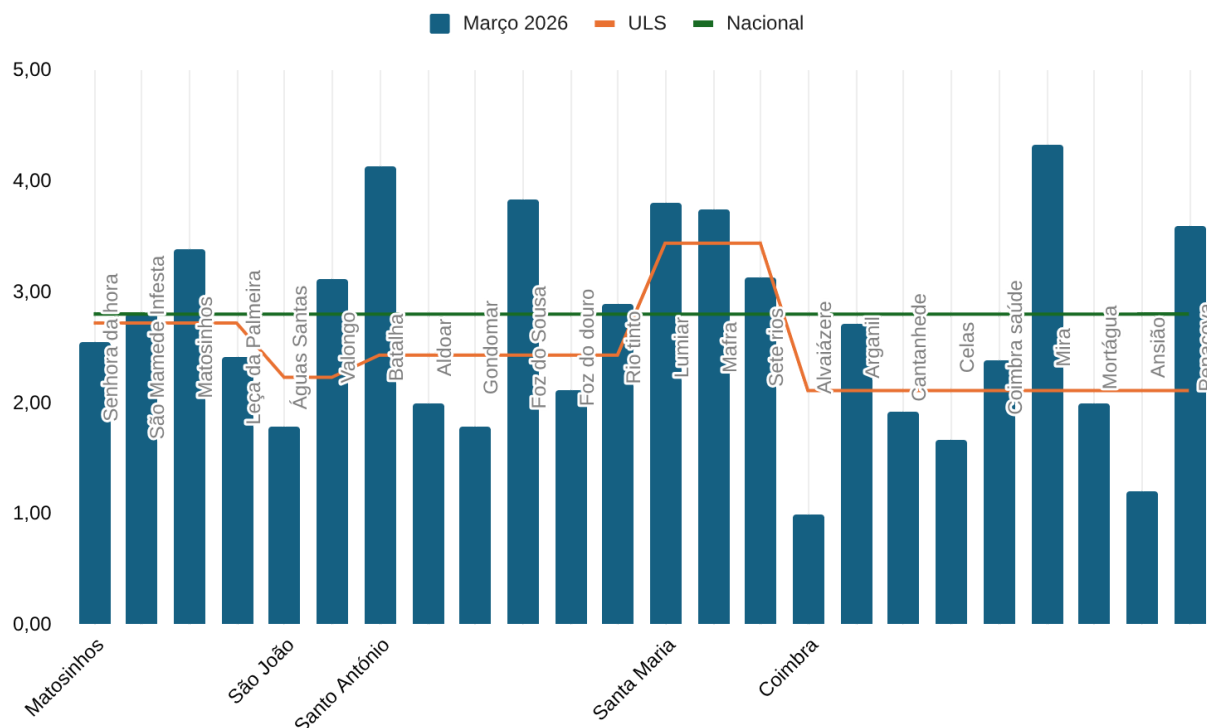
Região	de jul 2025 a fev 2026 (fora do PP)	de jul 2025 a fev 2026 (no PP)
Alentejo	13,41%	
Algarve	12,97%	
Centro	13,98%	10,27%
LVT	14,22%	13,48%
Norte	14,12%	11,73%
Global	13,94%	11,47%

No projeto-piloto, a proporção de episódios de recurso aos serviços de urgência por cada 100 doentes integrados nas ECCI foi de 11,47%. Assim, caso se verificasse esta proporção em todas as ECCI a nível nacional, teríamos menos 1295 episódios de recurso aos serviços de urgência por ano, nos doentes das ECCI. Admitimos, como cenário mais provável, que a redução verificada na proporção de episódios de recurso aos serviços de urgência nas ECCI do projeto-piloto, face às restantes, reflete a prevenção de episódios de urgência contraproducentes.

No «Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)», a «Taxa de episódios de urgência hospitalar em utentes ECCI» foi, a nível nacional, de 2,82. Importa relembrar que este indicador exprime a proporção de utentes integrados na ECCI **no ano** com «alta por internamento hospitalar» ou «suspensão de vaga por internamento hospitalar». O indicador reflete a taxa anual de episódios na rede de urgência, ponderada pela proporção de dias de integração: os utentes integram o denominador desde que tenham estado na ECCI pelo menos um dia no período em análise, sendo, no entanto, ponderados pela duração da sua permanência (de 1 a 365 dias).

No gráfico seguinte, está representada a distribuição da taxa de episódios de urgência hospitalar em utentes integrados em ECCI, por ECCI do projeto-piloto e por ULS, face à média global na ULS e a nível nacional.

Gráfico 14. Distribuição da taxa de episódios de urgência hospitalar em utentes integrados em ECCI, por ECCI do projeto-piloto e por ULS, face à média da ULS e Nacional



Em síntese. Pela fórmula de cálculo das necessidades em ECCI, já explorada em capítulo anterior, 11.401 pessoas com 75 ou mais anos deveriam estar integradas nestas equipas. Contudo, a média de doentes/dia é de apenas 3.957, resultando na falta de acesso às ECCI a 7.444 pessoas nesta faixa etária.

É admissível especular que:

1. Se os 7.444 doentes sem acesso tivessem uma proporção de episódios de urgência similar à verificada nas ECCI fora do projeto (sendo expectável que seja, na verdade, superior), a generalização do modelo do projeto-piloto permitiria uma redução de 3.172 episódios de urgência por ano.
2. Esta assunção é reforçada pelos dados do *dashboard* da «Carta Social» (2023)⁷ relativos às «Respostas sociais para Pessoas idosas e/ou em situação de dependência»: o facto de 76.188 pessoas terem sido apoiadas pelo SAD indica que as 11.401 pessoas estimadas pela fórmula de cálculo ficarão, muito provavelmente, aquém das reais necessidades.

Considerando que as cinco ULS do projeto-piloto registaram 154.457 episódios de urgência em pessoas com 75 ou mais anos em 2025 (dados fornecidos pela Direção Executiva do SNS) e que o custo médio de um episódio em urgência polivalente foi de 109€, o custo total foi de 16.835.813€.

⁷ GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento da Segurança Social. (2023). *Dashboard da «Carta Social»*. <https://www.cartasocial.pt/dashboard>

Neste contexto, a redução de 3.172 episódios de urgência representaria uma poupança estimada de 345.748€ anuais.

4.5. Episódios de internamento hospitalar dos utentes das ECCI

Tal como referimos no capítulo anterior, importa lembrar que a monitorização do número de internamentos hospitalares, durante a integração na ECCI, é relevante; no entanto, deve ser analisada com precaução, pois os CLD domiciliários não substituem os internamentos hospitalares necessários. Devem, sim, evitar internamentos contraproducentes.

Em 2025 houve 3.608 internamentos hospitalares no contexto dos doentes integrados nas ECCI, traduzindo uma proporção de 5,67 episódios de internamento hospitalar por cada 100 doentes integrados nas ECCI.

Decorrido os nove meses iniciais do projeto-piloto, também neste contexto, relativo aos internamentos hospitalares dos utentes das ECCI, importa comparar os dados com os meses homólogos anteriores. Assim, a tabela seguinte mostra as proporções de ocorrência de internamentos hospitalares por cada 100 doentes integrados nas ECCI em 2024 e 2025, de 1 de julho a 31 de dezembro de cada um dos dois anos em análise, por região.

Tabela 5. % de internamentos hospitalares de doentes integrados nas ECCI de 1 de julho de 2025 a 31 de março de 2026, por região comparando com as ECCI do projeto-piloto

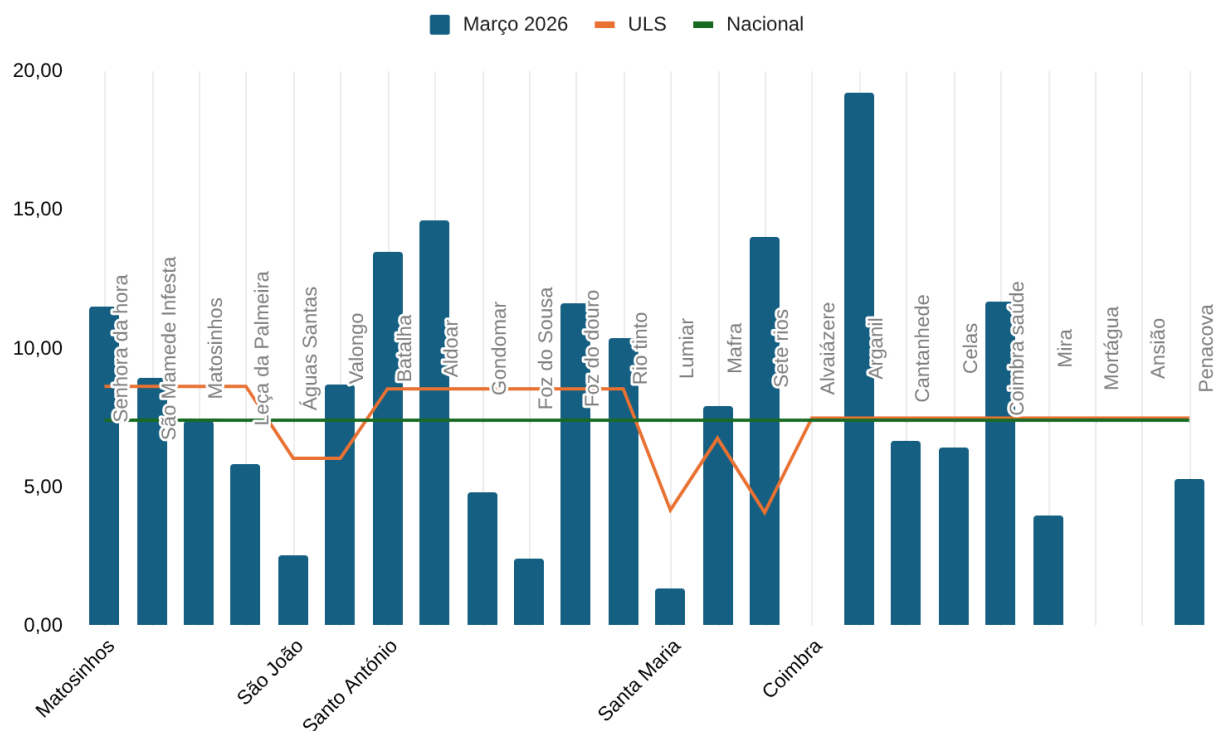
Região	de jul 2025 a fev 2026 (fora do PP)	de jul 2025 a fev 2026 (no PP)
Alentejo	4,7%	
Algarve	5,95%	
Centro	6,35%	3,99%
LVT	5,02%	0,22%
Norte	6,29%	6,24%
Global	5,74%	5,12%

No projeto-piloto, a proporção de internamentos hospitalares por cada 100 doentes integrados nas ECCI foi de 5,12%. Admitimos, como cenário mais provável, que a redução verificada na proporção de episódios de internamento hospitalar nas ECCI do projeto-piloto, face às restantes, reflete a prevenção de internamentos contraproducentes.

No «Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)», a «Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI» foi, a nível nacional, de 7,41. Importa lembrar que este indicador exprime a proporção de utentes integrados na ECCI **no ano** com «alta por internamento hospitalar» ou «suspensão de vaga por internamento hospitalar». Tal como referimos face à taxa de episódios de urgência hospitalar em utentes ECCI, o indicador reflete a taxa anual de internamentos hospitalares, ponderada pela proporção de dias de integração: os utentes integram o denominador desde que tenham estado na ECCI pelo menos um dia no período em análise, sendo, no entanto, ponderados pela duração da sua permanência na ECCI (de 1 a 365 dias).

No gráfico seguinte, está representada a distribuição da proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI, por ECCI do projeto-piloto e por ULS, face à média global na ULS e nacional.

Gráfico 15. Proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCL, por ECCL do projeto-piloto e por ULS, face à média global na ULS e a nível nacional



Em síntese, a média atual de doentes/dia nas ECCL é de apenas 3.957, o que resulta na falta de acesso a estas equipas para 7.444 pessoas nesta faixa etária.

Dando continuidade ao raciocínio especulativo iniciado no subcapítulo anterior, importa notar que as cinco ULS do projeto-piloto registaram 154.457 episódios de urgência em pessoas com 75 ou mais anos em 2025 (dados da Direção Executiva do SNS). Com um custo médio de 109 € por episódio em urgência polivalente, o custo total fixou-se em 16.835.813 €.

Acresce que, dos 154.457 episódios de urgência, resultaram 35.799 internamentos hospitalares com uma duração média de aproximadamente 13,75 dias cada. De acordo com o apuramento detalhado, estes internamentos totalizaram 492.209 dias.

Considerando o custo médio de 325,30 € por dia de internamento nos hospitais das cinco ULS, o custo total fixou-se em 159.810.602,48€. Ao somar este montante ao custo dos episódios de urgência polivalente (16.835.813 €) que lhes deram origem, obtemos um valor global de 176.646.415,48€.

Uma vez que este custo resulta dos 154.457 episódios de urgência totais, podemos afirmar que cada episódio representa uma probabilidade de custo de 1.143,66€. **Assim, a redução de 3.172 episódios de urgência — gerada pela extensão do modelo do projeto-piloto à população-alvo de 11.401 pessoas — representaria uma poupança anual estimada em 3.627.692,04€.**

5. Sistema experimental de referenciação de utentes para a RNCCI

O objetivo geral que norteou a criação da RNCCI foi a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em **situação de dependência** (n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006). Entre as várias tipologias da Rede, **as ECCL asseguram os cuidados domiciliários**. No que concerne ao acesso à RNCCI, o artigo 31.º estabelece que são destinatários das unidades e equipas as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória, decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Pessoas idosas com critérios de fragilidade.

O artigo 19.º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro — que procede à alteração da Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro —, estabelece que podem ser referenciadas para as unidades e equipas da RNCCI pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

O referido diploma especifica as condições gerais de admissão para todas as tipologias da Rede:

- a) Alimentação entérica;
- b) Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- c) Manutenção e tratamento de estomas;
- d) Terapêutica parentérica;
- e) Medidas de suporte respiratório (designadamente oxigenoterapia ou ventilação assistida não invasiva);
- f) Ajuste terapêutico e/ou administração de terapêutica com supervisão continuada.

O ponto 7 estabelece que as ECCL se destinam a pessoas em **situação de dependência funcional, transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma**. O critério de referenciação assenta na fragilidade ou limitação funcional grave (condicionada por fatores ambientais), em doentes com patologia severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida. É condição essencial que o domicílio reúna as condições necessárias para a prestação de cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a uma vez por dia, ou superior a uma hora e trinta minutos por dia, no mínimo três dias por semana;
- b) Cuidados fora do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- c) Complexidade de cuidados que exija um elevado grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- d) Necessidade de suporte e capacitação do cuidador informal.

Os processos de gestão de fluxos de doentes na Rede foram historicamente assegurados pelas EGA, ECL e ECR, em articulação com os Centros Distritais da Segurança Social. As ECR funcionaram, durante anos, no âmbito das ARS. Diversos relatórios e investigações demonstram que os critérios de referenciação e de manutenção dos doentes na RNCCI evoluíram regionalmente de forma heterogénea, tornando premente a sua harmonização.

Por outro lado, todo o processo de referenciação e gestão é suportado pelo SI_RNCCI que é gerido pelos SPMS. Também aqui, a literatura técnica aponta, veementemente, para a necessidade de um novo sistema que, entre outros aspetos:

- a) Dispense os profissionais nas unidades e equipas da obrigatoriedade de um duplo processamento da informação clínica (no processo clínico eletrónico e no SI_RNCCI);
- b) Seja tecnologicamente modernizado, corrigindo a lentidão que tem dificultado o trabalho dos profissionais 'à cabeceira do doente' e dos gestores de processos na Rede;
- c) Seja reestruturado quanto aos critérios de referenciação, adequando a natureza e o volume de informação aos objetivos pretendidos.

Internacionalmente, existem diversos modelos para classificar doentes em cuidados continuados através de aglomerados de utilização de recursos. O sistema RUGs (Resource Utilization Groups) é um dos modelos de casemix mais reconhecidos, utilizado predominantemente em CLD. O seu objetivo fundamental é agrupar os doentes não apenas pelo diagnóstico médico, mas pela tipologia e intensidade de recursos (humanos e materiais) consumidos, assentando em quatro grupos de variáveis: capacidade funcional, necessidades de reabilitação, complexidade clínica e compromissos cognitivos ou de comportamento. O sistema RUG no Canadá é gerido pelo CIHI⁸ (Canadian Institute for Health Information), que é o organismo oficial responsável por desenvolver e manter os padrões de informação de saúde no país.

Em Portugal, o artigo 8.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril, estabeleceu que, no decurso de um projeto-piloto, se experimentasse um novo método de referenciação. Este novo sistema foi desenvolvido pelos SPMS e integra um algoritmo de apoio à decisão para as ECL. A ferramenta gera aglomerados que refletem diferentes níveis de intensidade de cuidados requeridos, tanto pelos utentes como pelos seus cuidadores. Contudo, até que a robustez deste modelo seja validada e consolidada, mantém-se a utilização simultânea do atual SI_RNCCI no processo de referenciação.

O sistema experimental assenta em grupos de utilização de recursos que incluem informação sobre:

- a) Disponibilidade do cuidador informal (fator determinante para a referenciação para as ECCI);
- b) Dependência no autocuidado: categorizada como Muito Elevada, Moderada ou Ligeira (condição sine-qua-non para referenciação para a RNCC);
- c) Compromissos nos processos corporais: níveis neuromusculares, respiratórios, metabólicos e tegumentares, incluindo medidas terapêuticas (densificam complexidade nas necessidades);
- d) Reabilitação: vertentes musculoarticular e respiratória (aspeto fundamental nas necessidades dos utentes e que integram todos os modelos conhecidos);
- e) Readaptação funcional: foco no autocontrolo e na maximização do potencial de independência no autocuidado (tal como o anterior é um aspeto fundamental nas necessidades dos utentes e que integram todos os modelos conhecidos);

⁸ Canadian Institute for Health Information. (n.d.). *Long-term care grouping methodologies (RUG-III)*. Retrieved 2026, from <https://www.cihi.ca/en/submit-data-and-view-standards/methodologies-and-decision-support-tools/casemix/long-term-care-grouping-methodologies-rug-iii>

- f) Compromissos nos processos mentais: especificamente ao nível da memória (as perturbações da memória interferem com a intensidade de cuidados necessários);
- g) Capacidade do cuidador informal: capacidade física e potencial de melhoria das competências (outro aspeto fundamental nas necessidades dos utentes e que integram todos os modelos conhecidos);
- h) Prognóstico de recuperação: tempo estimado para atingir o potencial de reabilitação (idiossincrasias do nosso sistema em uso: Unidades de Convalescença com internamento até 30 dias e Unidades de Média Duração e Reabilitação com internamentos até 90 dias);
- i) Necessidades de SAD (fundamental em qualquer sistema com este tipo de objetivos e que, no caso Português, necessita de um trabalho aprofundado que importa desenvolver).

Passamos agora à descrição detalhada do sistema de referenciação experimental (Aglomerado de Utilização de Recursos - AUR), incluindo o processo de validação, os itens de informação, a árvore de decisão implementada e os dados estatísticos relativos aos doentes referenciados. O sistema experimental foi desenvolvido previamente ao início do projeto-piloto, tendo entrado em funcionamento experimental a 1 de julho de 2025 (mantendo-se, em paralelo, o processo formal via SI_RNCCI). No final do primeiro trimestre, comparou-se o resultado do processo formal com o sugerido pelo novo sistema, tendo-se identificado o seguinte:

- Exclusão de dados: A necessidade de retirar da comparação os dados referentes ao 'descanso do cuidador', dado que a grande maioria destes doentes está referenciada para as ECCI;
- Taxa de Coincidência: Excluindo esses casos, os resultados foram coincidentes em mais de 74% das situações;
- Análise de Discrepâncias: As ECL procederam a uma análise caso a caso das situações não coincidentes. Concluiu-se que a maioria se devia a um erro sistemático do algoritmo: o sistema experimental referenciava para as ECCI todos os doentes com dependência no autocuidado e com cuidador informal, incluindo — erradamente — doentes com potencial de recuperação a 30 dias, que foram corretamente encaminhados para Unidades de Convalescença pelo processo formal.

Após a correção do erro detetado, procedemos a uma nova análise dos dados de novembro de 2025 a março de 2026. Verificou-se que, durante os nove primeiros meses do projeto-piloto, foram referenciados 4456 casos nas cinco ULS (dos quais 267 para descanso do cuidador). Nos meses de novembro de 2025 a março de 2026, após a correção do erro, foram sinalizados 2571 casos, excluindo os casos destinados a descanso do cuidador, no âmbito do projeto; verificou-se uma coincidência entre a referenciação e o AUR de 95,25%.

Como se verifica na tabela seguinte, os doentes referenciados para as ECCI pelo modelo tradicional coincidem com a sugestão do algoritmo. Note-se que o caso de menor coincidência reporta-se às UMDR (86,22%). Dos 706 casos referenciados para estas unidades, 8 foram encaminhados para outras tipologias (UC e ULDM) por erro de referenciação, uma vez que não foi assumida a “Previsão sobre a recuperação do utente”. Sendo o critério principal de referenciação para esta tipologia a recuperação em 90 dias, estipula-se que: “O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão”. Ora, a falta de informação relativa a este prognóstico gera, inevitavelmente, erros de referenciação. Este aspeto, com menor intensidade, repete-se quer nos doentes referenciados para UC, quer nos referenciados para ULDM. No entanto, releva referir que

52 casos de doentes que deveriam ser referenciados para UMDR por ter sido assinalado o seu potencial de recuperação em 90 dias, foram encaminhados para ECCI. Dado que a última palavra é do doente, verifica-se que, por vezes, apesar de haver indicação de referência para UMDR o doente e/ou cuidador informal decidem-se pela integração em ECCI preferindo manter o doente no seu contexto familiar. No conjunto das tipologias da Rede geral, verifica-se que 5,5% dos doentes referenciados para UC, UMDR e ULDM preferiram regressar a casa com o apoio da ECCI.

É relevante, no futuro, atentar num critério até agora ausente dos normativos reguladores: a preferência do doente. Esta vontade não é, de todo, suprida pela mera assinatura do consentimento informado relativo ao destino do utente.

Tabela 6. Distribuição das referências por tipologia referenciada e pelo AUR

Tipologia referenciada	AUR ECCI	AUR UC	AUR ULDM	AUR UMDR	Total geral	% de referência
ECCI	911	32	7	52	1002	38,93%
UC	1	601	2	4	608	23,65%
ULDM	3		293	4	299	11,67%
UMDR	2	6	8	646	662	25,75%
Total	917	639	310	706	2571	100,00%
Coincidência	99,24%	94,05%	94,5%	91,5%	95,25%	

A análise da tabela seguinte permite o mesmo tipo de análise, por cada uma das cinco ULS do projeto-piloto. É de salientar que a falta de coincidência discutida, se acentua na ULS Santa Maria. Ficamos em dúvida se a razão desta discrepância se possa associar ao facto de tratar-se de uma ULS em que o sistema informático em uso não é o SClínico.

Table 7. Distribuição das referências por tipologia referenciada e pelo AUR, nas cinco ULS

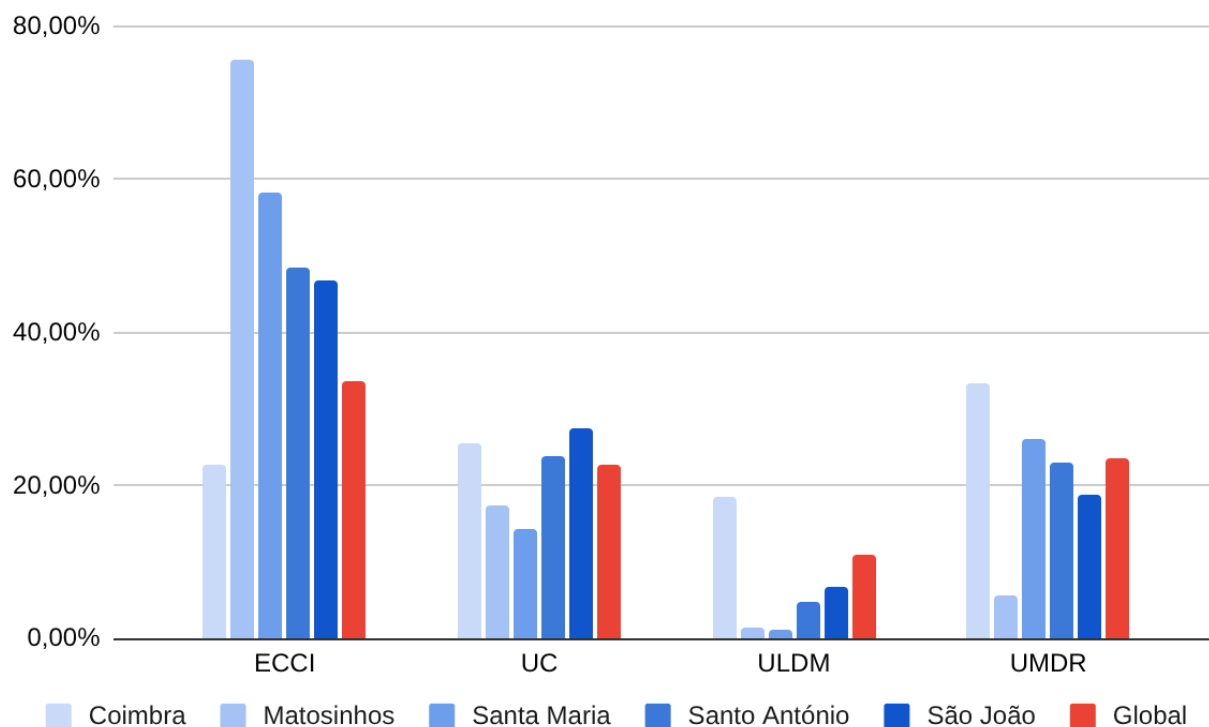
ULS	Tipologia referenciada	AUR - ECCI	AUR - UC	AUR - ULDM	AUR - UMDR	Total geral	% de referência
Coimbra	ECCI	279	2	7	1	289	22,61%
Coimbra	UC		322	1	2	325	25,43%
Coimbra	ULDM	1		233	4	238	18,62%
Coimbra	UMDR		2	6	418	426	33,33%
Total de Coimbra		280	326	247	425	1278	100,00%
Coincidência Coimbra		99,64%	98,77%	94,33%	98,35%		97,97%
Matosinhos	ECCI	212			2	214	75,62%
Matosinhos	UC		49			49	17,31%
Matosinhos	ULDM			4		4	1,41%
Matosinhos	UMDR	1			15	16	5,65%
Total de Matosinhos		213	49	4	17	283	100,00%
Coincidência Matosinhos		99,53%	100,00%	100,00%	88,24%		98,94%

Santa Maria	ECCI	23	7		19	49	58,33%
Santa Maria	UC		12			12	14,29%
Santa Maria	ULDM			1		1	1,19%
Santa Maria	UMDR			1	21	22	26,19%
Total de Santa Maria		23	19	2	40	84	100,00%
Coincidência Santa Maria		100,00%	63,16%	50,00%	52,50%		67,86%
Santo António	ECCI	94	1		9	104	48,60%
Santo António	UC	1	50			51	23,83%
Santo António	ULDM	1		9		10	4,67%
Santo António	UMDR	1		1	47	49	22,90%
Total de Santo António		97	51	10	56	214	100,00%
Coincidência Santo António		96,91%	98,04%	90,00%	83,93%		93,46%
São João	ECCI	260				260	46,85%
São João	UC		150	1	2	153	27,57%
São João	ULDM			37		37	6,67%
São João	UMDR				105	105	18,92%
Total de São João		260	150	38	107	555	100,00%
Coincidência São João		100,00%	100,00%	97,37%	98,13%		99,46%

No gráfico seguinte, observa-se a distribuição dos utentes referenciados para a Rede Geral, por tipologia. Em destaque:

- ULS de Coimbra: verifica-se uma menor referenciação de doentes para as ECCI e uma maior incidência na referenciação para as UMDR e ULDM, face à média global das cinco ULS do projeto-piloto;
- ULS de São João: apresenta um volume de referenciação para as UC superior à média global registada no conjunto das cinco ULS do projeto.

Gráfico 16. Distribuição dos utentes referenciados por tipologia da Rede geral, por ULS



Analisando as referências por origem, verificamos que no global, a maioria dos doentes referenciados provém do hospital (64,76%).

Table 8. Distribuição das referências por origem: CSP, Hospital e Cuidados paliativos

ULS	CS		ECSCP		EIHSCP		H		Total geral	
	Ref.	%	Ref.	%	Ref.	%	Ref.	%	Ref.	%
Coimbra	418	32,71%	5	0,39%	9	0,70%	846	66,20%	1278	100,00%
Matosinhos	62	21,91%			16	5,65%	205	72,44%	283	100,00%
Santa Maria	36	14,94%			14	5,81%	191	79,25%	241	100,00%
Santo António	91	42,52%			4	1,87%	119	55,61%	214	100,00%
São João	225	40,54%	11	1,98%	15	2,70%	304	54,77%	555	100,00%
Total geral	832	32,36%	16	0,62%	58	2,26%	1665	64,76%	2571	100,00%

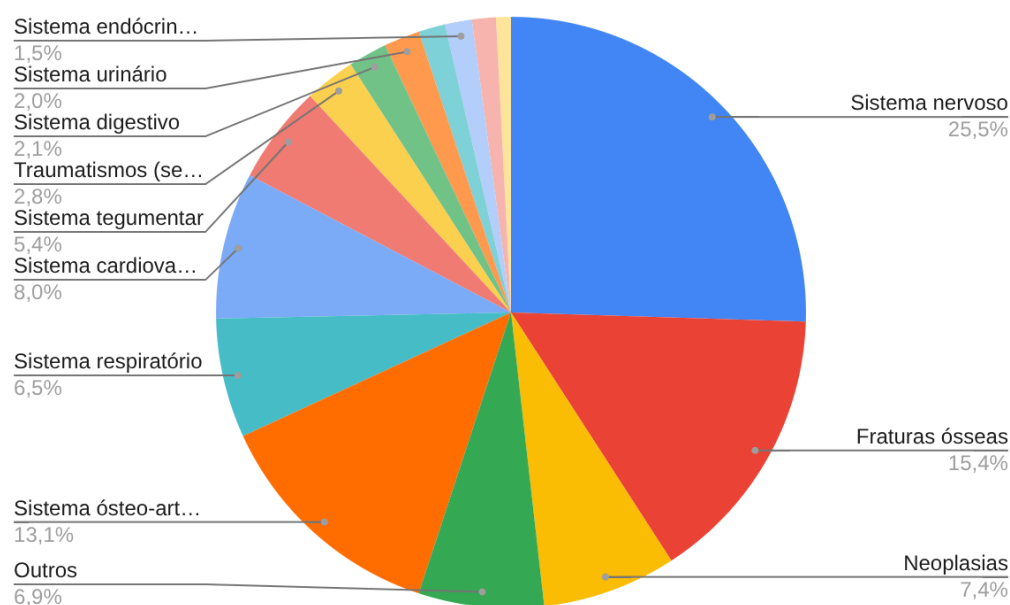
No SI_RNCCI, é inserido o principal diagnóstico médico que determina a referência dos doentes para a Rede Geral. É notória a relevância da área da ortopedia, nomeadamente fraturas, como causa principal da necessidade de cuidados continuados (por esta razão, separamos os diagnósticos médicos de fraturas do grupo geral “Ortopedia”), o que corrobora a premissa — a aprofundar posteriormente — de que a ocorrência de quedas na população idosa constitui um grave problema de saúde pública. Segue-se uma análise detalhada dos principais diagnósticos médicos que integram cada agrupamento, observando-se a sua distribuição pelas diferentes tipologias da Rede Geral.

Table 9. Distribuição dos grandes grupos de principais diagnósticos médicos que determinam a referência dos doentes para a Rede geral

Grupos de Dx. médico	Frequência (%)
Sistema nervoso	22,77%
Fraturas ósseas	20,35%
Neoplasias	9,17%
Outros	8,84%
Sistema ósteo-articular (excluindo fraturas ósseas)	8,34%
Sistema respiratório	6,51%
Sistema cardiovascular	6,34%
Sistema tegumentar	4,67%
Traumatismos (sem fratura óssea)	3,00%
Sistema digestivo	2,75%
Sistema urinário	1,92%
Doenças infecciosas	1,92%
Sistema endócrino-metabólico	1,58%
Psiquiatria	1,08%
Complicações de procedimentos	0,75%

Nos gráficos seguintes, analisaremos os principais diagnósticos médicos que integram cada agrupamento, em cada tipologia.

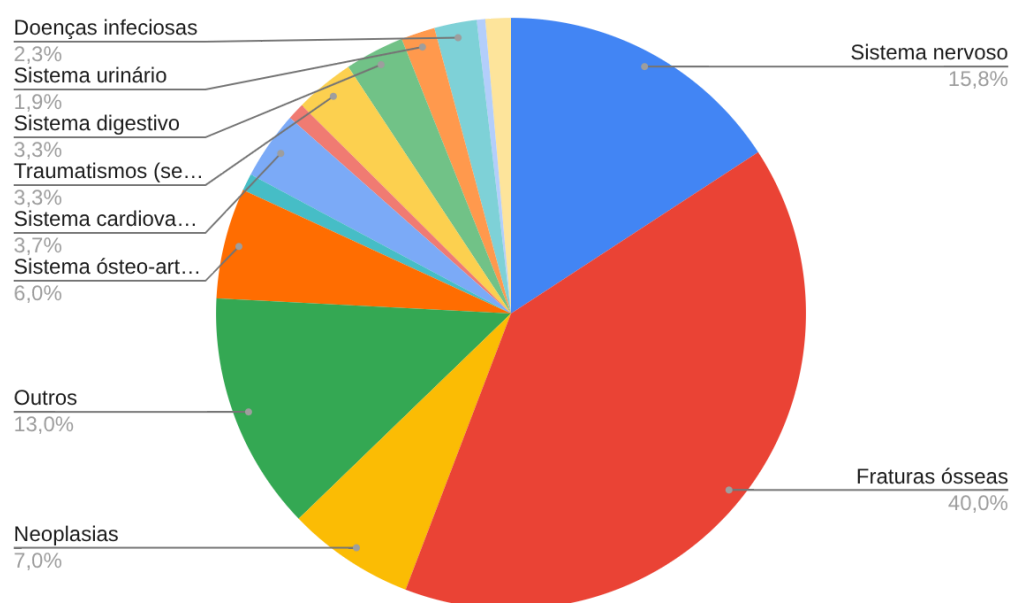
Gráfico 17. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referência dos doentes para as ECCI



No caso dos doentes referenciados para as ECCL o agrupamento de diagnósticos médicos principal reporta afeções do sistema nervoso central (25,49%). Os diagnósticos mais frequentes (incidência relativa superior a 5%) aparecem focados nos AVC:

- DOENÇA VASCULAR CEREBRAL AGUDA, MAS MAL DEFINIDA (AVC) - 436
- DEGENERAÇÕES CEREBRAIS NCOP - 331
- DOENÇA VASCULAR CEREBRAL NCOP OU MAL DEFINIDA - 437
- HEMORRAGIA INTRACEREBRAL - 431
- OCLUSÃO DE ARTÉRIAS CEREBRAIS - 434

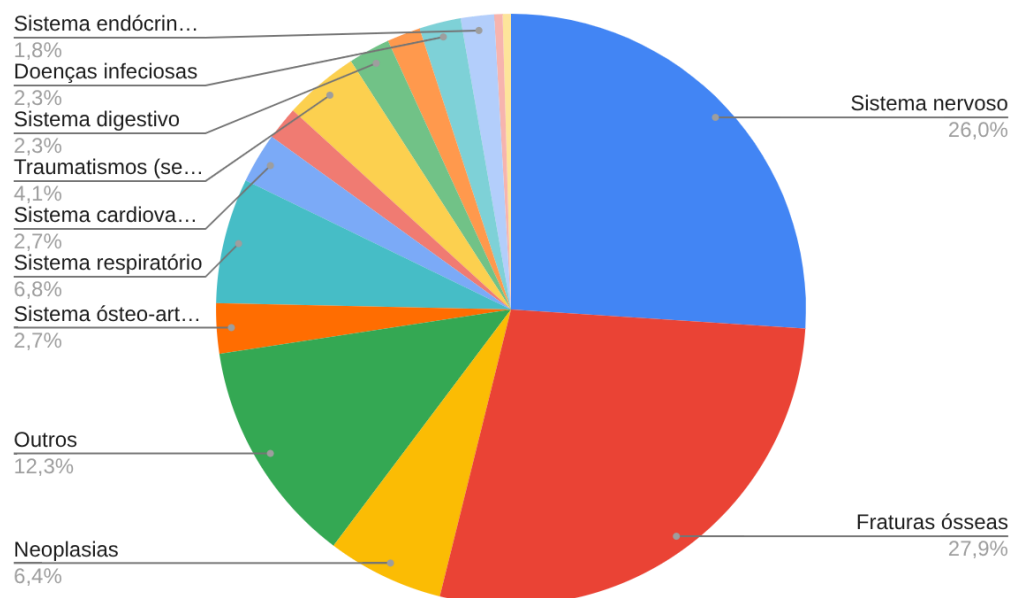
Gráfico 18. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para as UC



No caso dos doentes referenciados para as UC, o agrupamento de diagnósticos médicos principal reporta "Fraturas ósseas" (40%). Os diagnósticos mais frequentes são:

- FRACTURA DO COLO DO FÊMUR - 820
- FRACTURA DE PARTES NCOP, OU DE PARTES NAO ESPECIFICADAS DO FEMUR - 821
- FRACTURA DA BACIA - 808
- FRACTURA DA COLUNA VERTEBRAL SEM MENÇÃO DE LESÃO MEDULAR - 805
- FRACTURA DO ÚMERO - 812

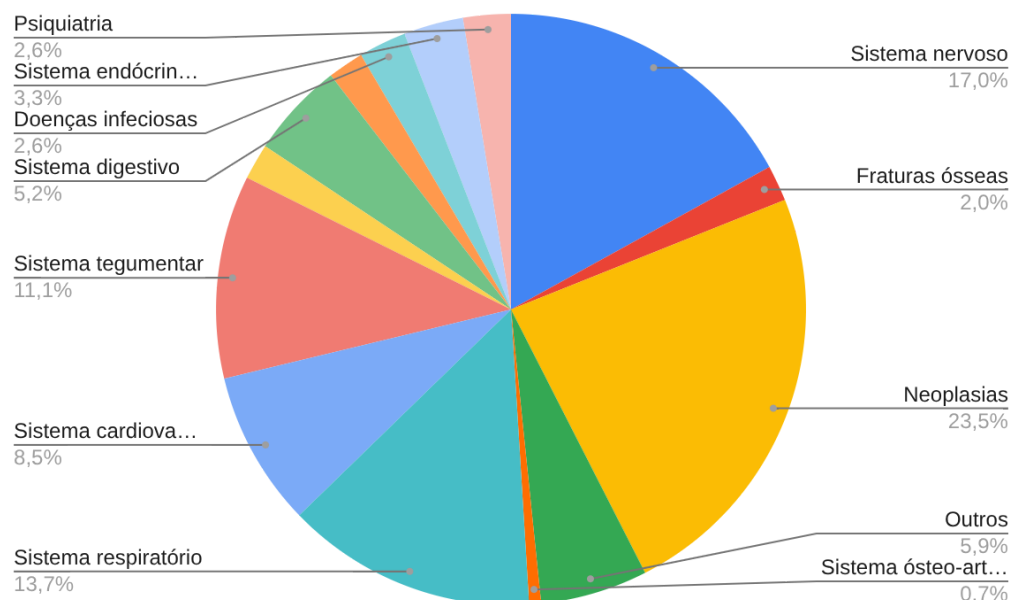
Gráfico 19. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para as UMDR



No caso dos doentes referenciados para as UMDR, o agrupamento de diagnósticos médicos principal reporta novamente as lesões do sistema nervoso central (26%, mormente AVC) e as “Fraturas ósseas” (27,9%) seguidos de afeções do “Sistema respiratório” (6,8%) e “Neoplasias” (6,4%), os quais importa analisar. Realçamos que em “Outros” aparece com muita frequência a expressão “nada a assinalar”. Parece tratar-se de situações crónicas associadas ao processo de envelhecimento.

- PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NÃO ESPECIFICADO - 486
- PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMOS ESPECIFICADOS NCOP - 483
- GRIPE - 487
- PNEUMONIAS BACTERIANAS NCOP - 482
- DOENCAS DO PULMAO, NCOP - 518
- PNEUMONIA VÍRICA - 480
- BRONQUITE CRÓNICA - 491

Gráfico 20. Distribuição dos agrupamentos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para as ULDM



No caso dos doentes referenciados para as ULDM, o agrupamento de diagnósticos médicos principal reporta Neoplasias (23,5%) seguido das afeções do “Sistema nervoso” (16,99%), das afeções do “Sistema respiratório” (13,7%) e das afeções do “Sistema tegumentar” (11,11%). Os diagnósticos mais frequentes no agrupamento “Neoplasias” são:

- NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRONQUIOS E PULMAO - 162
- NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA - 174
- MIELOMA MÚLTIPLO E TUMORES IMUNOPROLIFERATIVOS - 203
- NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON - 153

E no “Sistema tegumentar”:

- ULCERA CRONICA DA PELE - 707
- INFECÇÕES LOCALIZADAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO, NCOP - 686

No decurso do projeto-piloto, os SPMS desenvolveram, no SI_RNCCI, um questionário associado ao processo clínico de cada doente. Este instrumento solicitava aos enfermeiros o registo das horas de cuidados necessárias por utente (semanais ou diárias). Após a exclusão de outliers, verificou-se uma média de aproximadamente 4,5 horas semanais por doente. Recorreu-se a testes não paramétricos — uma vez que a distribuição das horas não apresentava normalidade — para explorar a associação entre as horas de cuidados e os aglomerados de diagnósticos médicos. Concluiu-se que os aglomerados de diagnósticos médicos não explicam, de forma estatisticamente significativa, a variabilidade das horas de cuidados necessárias nos doentes das ECCI.

Table 10. Estimativa de horas de cuidados de necessárias por semana e por aglomerados de diagnósticos médicos, nos doentes das ECCI

Grupos de GDH	Média (horas/semana)
Fraturas ósseas	05:03:56
Sistema endócrino-metabólico	04:48:18
Sistema urinário	04:45:00
Outros	04:34:17
Sistema tegumentar	04:27:00
Sistema tegumentar	04:27:00
Sistema cardiovascular	04:24:24
Sistema cardiovascular	04:24:24
Neoplasias	04:17:14
Sistema nervoso	04:09:17
Sistema nervoso	04:09:17
Sistema respiratório	04:08:17
Complicações de procedimentos	03:30:00
Média por doente/semana	4,59

O conteúdo da informação clínica representa um resumo mínimo de dados a extrair do processo clínico eletrónico do doente. Enquanto este último contém informação com uma granularidade característica de um *'maximal data set'*, a informação necessária para a referenciação de doentes para os CLD — e para a produção de indicadores — constitui um *'minimal data set'*, que deve ser extraído diretamente do conjunto de dados principal no momento da referenciação, sem duplicação, respeitando o princípio de ouro: *registar dados uma vez, utilizá-los múltiplas vezes*. Assim, para respeitar-se este princípio, é necessário mapear os conteúdos do sistema experimental de referenciação com os conteúdos correspondentes nos processos clínicos eletrónicos. Conforme descreveremos adiante, este trabalho consistiu no mapeamento dos itens de informação do novo sistema experimental com o SClínico. Este procedimento permitiu validar a correspondência de dados através da comparação entre a informação registada no SClínico no momento da referenciação — tanto na versão dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como na Hospitalar — e os dados introduzidos no novo sistema de referenciação.

Salientamos que o SClínico é o sistema de informação mais utilizado em Portugal, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, onde se integram as ECCI. No entanto, este trabalho de mapeamento deve ser alargado aos restantes sistemas de processo clínico eletrónico, designadamente os utilizados nas unidades da RNCCI, dada a diversidade de soluções aí existentes. Sem este esforço de promoção da interoperabilidade, será impossível garantir o *princípio de ouro* (*registar dados uma vez, utilizá-los múltiplas vezes*), o que continuará a sujeitar os profissionais de saúde à fastidiosa e contraproducente duplicação de registos de informação clínica.

Apresenta-se, de seguida, a descrição detalhada do AUR através de tabelas que sistematizam os itens de informação integrantes do modelo, bem como as respetivas frequências. Para facilitar a

interpretação dos dados, optou-se pela utilização de percentagens relativas por tipologia da Rede Geral. Adicionalmente, cada item de informação surge associado à respetiva codificação (IDMAP) do(s) termo(s) correspondente(s) no SClínico.

A tabela seguinte reporta-se ao primeiro critério do AUR — a Dependência no autocuidado —, aspeto que constitui o determinante primordial na referenciação de doentes para a RNCCI. O primeiro aspeto avaliado é o estado de consciência do doente. No caso de assinalado o “Compromisso da consciência”, tornam-se visíveis itens até então ocultos: Resposta: Abertura dos olhos, Resposta: verbal, Resposta: motora e é automaticamente calculado o Score ECG. Ou seja, os objetos “Resposta: Abertura dos olhos”, “Resposta: verbal”, “Resposta: motora” e “Score ECG” estão ocultos até ser ativado o registo de “Compromisso da consciência”. O campo “Score ECG” é calculado da seguinte forma: “If Resposta: Abertura dos olhos<5 and Resposta: verbal<6 and Resposta: motora<7 then Score ECG=Resposta: Abertura dos olhos+ Resposta: verbal+Resposta: motora”.

Na presença de um doente com compromisso da consciência, são automaticamente ocultados os itens de informação que integram algumas etapas subsequentes do workflow que deixam de fazer sentido avaliar. Entre estes, destacam-se: Promover eliminação intestinal, Treinar exercícios isométricos, Treinar técnica da tosse (bem como a sua execução assistida), Treinar o uso de dispositivos de limpeza da via aérea, Autocuidado e o Treino de capacidades do doente.

Na tabela seguinte, observa-se que 15,56% dos doentes em ECCI apresentam compromisso da consciência, o que no SClínico corresponde ao código IDMAP - 8A1005ECG.

No que concerne ao autocuidado, este resumo mínimo de dados avalia, nos doentes sem compromisso da consciência, os seguintes domínios: Virar-se, Transferir-se e Usar o sanitário (considerando-se Elevada Dependência se qualquer um destes três componentes for assinalado); Cuidar da higiene pessoal, Vestir-se/Despir-se e Alimentar-se (Moderada Dependência se algum destes for assinalado e não se verifique Elevada Dependência); e, por fim, Administração medicamentosa e Andar (Ligeira Dependência se assinalado um destes dois e na ausência de critérios para graus de dependência superiores).

Em concreto, o modelo operacionaliza-se da seguinte forma:

- Elevada Dependência: doente que não sai da cama sem ajuda;
- Moderada Dependência: doente que sai da cama sem ajuda, mas não consegue assegurar o seu arranjo pessoal ou alimentar-se de forma independente;
- Ligeira Dependência: doente que sai da cama e assegura o seu arranjo pessoal e alimenta-se de forma independente, mas manifesta incapacidade na gestão da medicação ou na marcha segura.

Verifica-se que 62,35% dos doentes das ECCI apresentam “Elevada dependência” e 9,79% “Moderada dependência”. É de salientar que, nenhum doente referenciado apresentava apenas “Ligeira dependência”.

É muito importante destacar que 40% dos doentes referenciados para ULDM apresentam compromisso da consciência e 44,66% elevada dependência no autocuidado; ou seja, a grande maioria, não sai da cama sem ajuda. Importa realçar ainda que 15,97% dos doentes têm indicação de repouso no leito (ECCI - 17,41%, UC - 8,45%, ULDM - 30,65% e UMDR - 7,64%).

Table 11. Dependência no autocuidado

Dependência no autocuidado 92,85% (ECCI - 94,45%; UC - 97,34%; ULDM - 78,94%; UMDR - 92,36%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Consciência comprometida [IDMAP: 8A1005ECG]	15,56%	9,08%	40,00%	23,23%	19,00%
Elevada dependência no autocuidado [IDMAP: 517768001715 ou 517768001734 ou 517768001735 ou 59858001452 ou 9858003328 ou 59858003329 ou 59878003323 ou 59878002432 ou 59878002433]	62,35%	79,50%	44,66%	65,35%	65,31%
Moderada dependência no autocuidado [IDMAP: 67658001712 ou 67658000817 ou 67658000688 ou 614028002437 ou 614028001790 ou 614028001789 ou 6158001803 ou 6158001516 ou 6158001517]	9,79%	5,16%	3,24%	3,39%	6,10%

Verificada a primeira condição — a dependência no autocuidado —, importa avaliar a disponibilidade do cuidador informal. Esta avaliação distingue se o cuidador pode assumir a assistência direta com o apoio da ECCI e dos SAD, se tem apenas disponibilidade para a supervisão global do doente ou se, por outro lado, manifesta total indisponibilidade. Esta última situação determina, por exclusão, a necessidade de institucionalização do utente.

Observa-se que a totalidade dos doentes referenciados para as ECCI dispunha de um cuidador informal para participar ativamente nos cuidados, sendo que 29,05% destes cuidadores tinham disponibilidade exclusivamente para a supervisão global do doente.

Sempre que o cuidador informal apresenta disponibilidade apenas para a 'supervisão geral do utente', o sistema oculta automaticamente os itens de informação relativos a etapas do workflow cuja avaliação deixa de ser pertinente. Destacam-se, neste grupo, as ações de treino do cuidador para assistência direta em atividades de vida diária, nomeadamente: uso do sanitário, posicionamento, transferência, administração de medicação, higiene, vestir/despir e alimentação.

Inversamente, perante um cuidador informal 'Sem disponibilidade', o workflow não só oculta os itens de treino anteriormente mencionados, como também bloqueia os campos de avaliação relativos à necessidade de SAD, uma vez que a inexistência de retaguarda familiar inviabiliza, à partida, a manutenção do doente no domicílio.

É preciso salientar que este item de informação não tem correspondência, atualmente, no SClínico e, portanto, terá de ser processada esta informação a partir do SI_RNCCI.

Table 12. Disponibilidade de cuidador informal para tomar conta

Disponibilidade de cuidador informal para tomar conta					
[sem IDMAP]	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Para participar nos cuidados	70,95%	7,20%		10,20%	29,91%
Para supervisão geral do utente	29,05%	9,39%		5,81%	14,30%
Sem disponibilidade		83,41%	100,00%	83,99%	55,79%

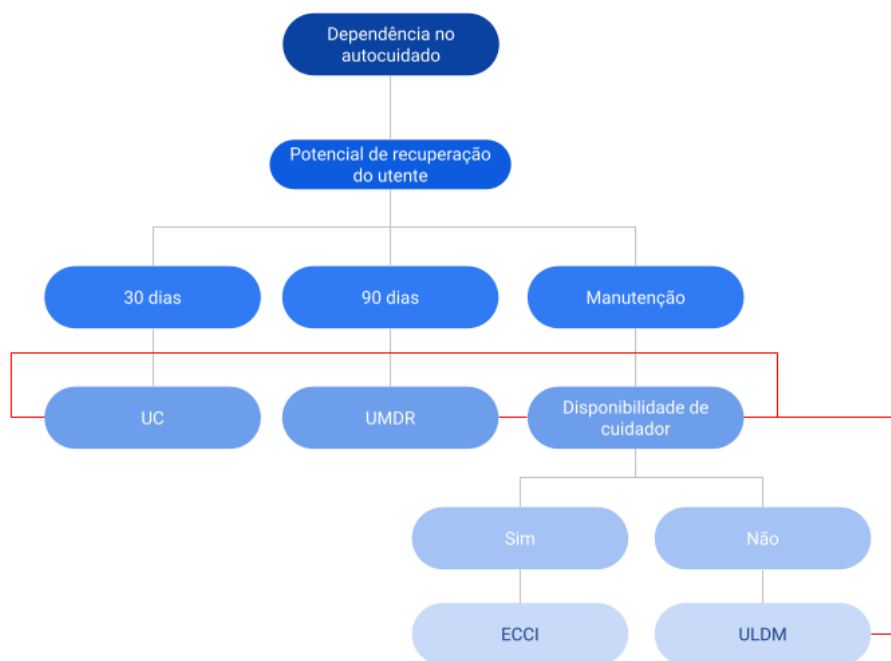
Verificada as duas primeiras condições — a dependência no autocuidado e o suporte de cuidador informal —, importa avaliar a previsão sobre a recuperação do utente. Esta avaliação distingue se o doente tem potencial de recuperação em 30 ou 90 dias ou se “tem indicação para manutenção”. Se o doente tem potencial de recuperação em 30 dias deve ser referenciado para UC, se tem potencial de recuperação em 90 dias deve ser referenciado para UMDR. Claro que, no respeito pela autonomia do doente, o doente poderá preferir regressar/manter-se no domicílio. Se o doente tem indicação para manutenção: 1. tem cuidador informal disponível, deve ser referenciado para ECCI; 2. se não tem cuidador informal disponível, deve ser referenciado para ULDM.

Table 13. Previsão sobre a recuperação do utente

Potencial de recuperação do utente	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
em 30 dias	2,07%	100,00%			25,56%
em 90 dias	4,90%			100,00%	29,18%
Tem indicação para manutenção	93,04%		100,00%		45,26%

A figura seguinte apresenta o esquema do processo de decisão para a referenciação de doentes para a Rede Geral. Ressalvam-se, no diagrama, as ligações a vermelho, que assinalam que a transferência de doentes para as ECCI pode (e deve) ocorrer também a partir das UC, das UMDR e das ULDM. Esta dinâmica demonstra que a referenciação para equipas domiciliárias não se circunscreve aos Hospitais, CSP ou Cuidados Paliativos, sendo viável em diferentes etapas do contínuo de cuidados, desde que verificada a disponibilidade de um cuidador informal.

Figura 3. Esquema representativo do processo de referenciação



Conforme mencionado anteriormente, existem diversos modelos internacionais que classificam doentes em cuidados continuados através de agrupamentos de utilização de recursos. Na construção do AUR, foi igualmente um objetivo perseguido definir variáveis que permitissem agrupar os doentes pela tipologia e intensidade de recursos consumidos, com base em quatro domínios: capacidade funcional, necessidades de reabilitação, complexidade clínica e compromissos cognitivos ou comportamentais.

No que concerne à integridade tegumentar, os dados suscitam uma reflexão importante: 17,06% dos doentes apresentam, pelo menos, uma úlcera de pressão (UP) no momento da referenciação, valor que ascende aos 19,15% no caso das ECCI. A prestação de CLD domiciliários exige não só recursos humanos, mas também recursos materiais específicos, tais como camas articuladas e colchões de pressão alternada. É imperativo que os *gold standards* relativos à prevenção de UP sejam enfatizados com o mesmo rigor que quaisquer outras diretrizes clínicas. O acesso a dispositivos tecnicamente adequados no domicílio é um aspeto que carece de aprofundamento na evolução dos CLD domiciliários e será determinante no momento de redefinir os indicadores de qualidade que fundamentam os incentivos aos profissionais.

É de salientar o facto de 39,36% dos doentes referenciados para a Rede geral terem alterações tegumentares, sendo que 23,74% têm feridas cirúrgicas.

Table 14. Compromissos tegumentares

Tegumentos 39,36% (ECCI - 34,82%; UC - 47,57%; ULDM - 36,57%; UMDR - 39,04%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Úlcera de pressão [IDMAP: 92788000233]	19,15%	7,36%	30,65%	17,14%	17,06%
Ferida cirúrgica [IDMAP: 92698001547]	15,02%	42,10%	6,13%	26,20%	23,74%
Úlcera venosa [IDMAP: 92998001332]	3,70%	1,10%	1,94%	1,98%	2,37%

Dado que, com a progressão do envelhecimento demográfico, se tem assistido a um aumento da complexidade clínica dos doentes nos CLD domiciliários, e na sequência do que se verifica internacionalmente, importa monitorizar a concomitância dos procedimentos terapêuticos nos doentes dos CLD. Verificamos, entre outros aspetos, que 14,02% dos doentes têm um cateter urinário, relembrando a relação deste aspeto com a incidência de infeções urinárias. Ressalta também o facto de 5,01% dos doentes, no momento da referenciação, estarem a fazer controlo da glicemia, muitos deles, a serem sujeitos a administrações insulínicas em função desses esquemas prescritos. Não podemos, igualmente, deixar de realçar o facto de 6,96% dos doentes das ECCI estarem a fazer oxigenoterapia no domicílio.

No global, 25,91% dos doentes, no momento da referenciação, têm ativa, pelo menos, um dos procedimentos e/ou condições terapêuticas descritas.

Table 15. Relacionados com a adoção de procedimentos

Maior complexidade 25,91% (ECCI - 16,43%; UC - 20,97%; ULDM - 43,37%; UMDR - 35,08%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Traqueostomia [IDMAP: 102378014410]	0,98%	0,16%	2,26%	0,99%	0,93%
Ventilação não invasiva [IDMAP: 10477091000202]	3,92%	2,97%	4,84%	2,83%	3,50%
Estoma de eliminação [IDMAP: 1064728003412 ou 10647291000123]	1,20%	2,03%	2,26%	2,55%	1,90%
Sonda gastrointestinal [IDMAP: 1110091000156 ou 1110091000078 ou 1110091000003 ou 1110091000068 ou 1110091000002 ou 1110091000209 ou 1110091000005 ou 111008014408]	1,52%	0,94%	7,74%	2,41%	2,37%
Oxigenoterapia [IDMAP: 1116491000217 ou 1116491000124 ou 1116491000125 ou 1116491000126]	6,96%	5,32%	16,13%	13,31%	9,40%
Cateter urinário [IDMAP: 1124291000001 ou 1124291000057 ou 1124291000060 ou 1124291000059]	6,20%	10,95%	23,87%	22,66%	14,02%
Catéter venoso periférico [IDMAP: 11365591000062]	0,65%	4,85%	9,35%	8,92%	5,01%
Glicemia/insulina [IDMAP: 828991000010 ou 82898001102 ou 82898014167 ou 82899001360]	7,62%	11,42%	15,16%	19,26%	12,67%

Outro aspeto relevante prende-se com a necessidade de intervenções para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, verificando-se que 16,28% dos doentes requerem cuidados neste domínio. Salienta-se que, no caso específico dos doentes referenciados para ULDM, 15,81% carecem de aspiração de secreções.

Table 16. Relacionado com necessidades no domínio da limpeza das vias aérea

Limpeza das vias aéreas 16,28% (ECCI - 15,13%; UC - 10,8%; ULDM - 29,45% ; UMDR - 16,97%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Aspirar via aérea [IDMAP: 173439001111]	2,07%	0,94%	15,81%	6,66%	4,70%
Executar inaloterapia [IDMAP: 177249001233]	3,70%	3,91%	11,29%	7,22%	5,63%
Treinar técnica da tosse [IDMAP: 1729379003977]	10,45%	7,51%	4,84%	6,80%	8,04%
Executar técnica da tosse assistida [IDMAP: 1765179001228]	8,16%	5,48%	8,39%	6,23%	6,99%
Treinar a usar dispositivo de promoção da limpeza das vias aéreas [IDMAP: 1765219000050]	3,59%	2,66%	3,87%	1,98%	2,95%
Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas [IDMAP: 1765299001228]	10,34%	5,01%	10,32%	6,80%	8,04%

A reabilitação dos doentes em CLD constitui um pilar fundamental do processo assistencial. Observa-se que a vasta maioria dos utentes — 75,25% — é referenciada com necessidade de reabilitação músculo-articular.

Table 17. Relacionado com a reabilitação músculo-articular

Reabilitação músculo-articular 75,25% (ECCI - 78,78%; UC - 80,13%; ULDM - 56,63%; UMDR - 74,4%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Treinar exercícios isométricos [IDMAP: 1318249000168]	30,14%	24,73%	2,58%	14,31%	21,13%
Exercício músculo-articular passivo [IDMAP: 144059004118]	30,79%	38,50%	40,97%	47,31%	38,46%
Exercício músculo-articular ativo-assistido [IDMAP: 144079004119]	64,53%	70,58%	34,84%	66,57%	63,01%
Exercício músculo-articular ativo-resistido [IDMAP: 1417119004121]	53,75%	56,65%	14,84%	43,34%	46,93%

No processo de reabilitação, destaca-se também a reabilitação respiratória dada a incidência de compromissos ventilatórios nestes doentes. 16,32% dos doentes referenciados para as ECCI requerem reabilitação respiratória.

Table 18. Relacionado com a reabilitação respiratória

Reabilitação respiratória 13,01% (ECCI - 16,32%; UC - 11,58%; ULDM - 11,65%; UMDR - 10,61%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Exercícios de controlo respiratório [IDMAP: 1665289000061]	11,53%	7,20%	3,87%	4,39%	7,58%
Executar técnica de reexpansão torácica [IDMAP: 1665309004115 ou 1665309004116]	10,77%	7,04%	6,77%	3,82%	7,46%
Executar técnica respiratória abdomino-diafragmática [IDMAP: 1665319000468]	9,47%	7,20%	4,19%	4,53%	6,92%
Treinar exercícios de fortalecimento muscular respiratório [IDMAP: 1665329000840]	12,51%	8,29%	6,13%	6,80%	9,13%

Outro aspeto determinante no processo de cuidados prende-se com a incidência de compromissos cognitivos, que dificultam a adaptação do doente à sua condição de saúde, nomeadamente à dependência no autocuidado. Observa-se que 44,76% dos doentes vivenciam estados confusionais ou apresentam dificuldades na aquisição e retenção de informação ou têm compromisso da consciência (já apresentado em tabela anterior, 19%). No caso específico dos doentes referenciados para ULDM, 33,33% manifestam dificuldade (ou impossibilidade) em adquirir/reter informação, enquanto 22,33% apresentam quadros de confusão mental (hipo ou hiperativa).

Sempre que o doente apresenta compromissos cognitivos, o sistema oculta os itens de informação relativos a etapas do workflow cuja avaliação deixa de ser pertinente. Destacam-se, neste grupo, as ações de adaptação à dependência, nomeadamente: uso do sanitário, posicionamento, transferência, administração de medicação, higiene, vestir/despir e alimentação.

Table 19. Fatores dificultadores do processo adaptativo do doente

Fatores dificultadores do processo adaptativo do doente 44,76% (ECCI - 32,86%; UC - 32,55%; ULDM - 79,61%; UMDR - 56,01%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Dificuldade para adquirir/reter informação [IDMAP: 183616255627 ou 183617255191]	16,21%	20,19%	33,33%	27,86%	22,46%
Confusão [IDMAP: 189170NEECHAM ou 189171NEECHAM]	5,66%	10,33%	22,33%	14,43%	11,23%

O processo de adaptação à dependência refere um eixo central dos CLD. 60,3% dos doentes da Rede geral requerem processos de treino de competências para se voltarem a habilitar após um evento gerador de dependência no autocuidado. Assim, é compreensível que, apenas, 60,3% destes doentes referenciados tenham indicação para treinos de adaptação à sua dependência, uma vez que, como vimos, muitos doentes não reúnem condições cognitivas para alguns destes processos. Permitimo-nos salientar a importância do treino da transferência do doente (cama/cadeira/vaso sanitário) que evita que o doente permaneça constantemente na cama, assim como o treino da marcha.

Importa salientar, neste domínio, a importância do acesso pelos doentes aos equipamentos adaptativos aconselhados (Andarilho; Andarilho com apoio axilar; Placa rotativa; Tábua de transferência; Tripé; Bengala; Canadiana; Canadianas umbraçais; Muletas axilares; Pirâmide quadripé; etc.).

Table 20. Adaptação à dependência

Adaptação à dependência 60,3% (ECCI - 63,76%; UC - 71,99%; ULDM - 39,81%; UMDR - 54,17%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Treinar uso do sanitário [IDMAP: 153089001319]	20,78%	36,78%	9,68%	27,05%	25,14%
Treinar o virar-se [IDMAP: 159089001320]	19,91%	29,73%	10,00%	25,92%	22,80%
Treinar a transferir-se [IDMAP: 159979001322 ou 159979000487]	50,92%	53,68%	10,00%	35,55%	42,46%
Treinar a tomar banho [IDMAP: 1514459001318 ou 1514459000485]	34,39%	52,43%	12,90%	34,14%	36,21%
Treinar vestir-se ou despir-se [IDMAP: 1514679001403]	31,12%	48,51%	11,94%	33,85%	33,88%
Treinar a alimentar-se [IDMAP: 1536329000486]	7,40%	13,15%	4,84%	13,17%	10,10%
Treinar a administrar medicação [IDMAP: 1514289001572 ou 1514289000873 ou 1514289000862 ou 1514289003923 ou 1514289000877 ou 1514289000874]	26,44%	27,07%	6,77%	18,84%	22,14%
Treinar o andar [IDMAP: 159139000483 ou 159139001321]	52,23%	59,94%	10,32%	36,97%	44,91%

Importa focar-mo-nos agora numa outra dimensão fundamental dos CLD domiciliários: as dificuldades do cuidador informal para adquirir/reter informação e, ele(a) próprio(a), viver o seu processo adaptativo. Verificamos que, nas ECCI, 51,58% dos doentes referenciados são assistidos por cuidadores informais com dificuldades para adquirir/reter informação.

Dificuldade do cuidador informal para adquirir/reter informação 21,99% (ECCI - 51,58%; UC - 5,79%; ULDM - 0%; UMDR - 7,78%) - [sem IDMAP]

Sempre que o cuidador informal apresenta compromissos cognitivos, o sistema oculta automaticamente os itens do workflow cuja avaliação deixa de ser pertinente. Destacam-se, neste grupo, as ações de adaptação ao exercício do papel de cuidador, nomeadamente o treino para: assistir no uso do sanitário, posicionar, transferir, dar banho, vestir/despir, alimentar e administrar medicação.

Paralelamente, é fundamental avaliar a capacidade física do cuidador informal para tarefas de elevada exigência, como: assistir na marcha e no levantar, dar banho, posicionar, transferir e vestir/despir. Identificou-se que este item foi anteriormente interpretado de forma ambígua no AUR — como o potencial para desenvolver competências e não como uma **aptidão física** atual. Para corrigir este enviesamento, a redação no formulário foi alterada de 'Capacidade para...' para 'Capacidade **física** para...'. A correção foi realizada a 17 de março de 2026.

Este domínio, a par da capacidade do cuidador para adquirir e reter informação, é determinante na decisão sobre a necessidade de SAD. A articulação efetiva entre o SAD e os CLD domiciliários constitui, por isso, um dos principais desafios na continuidade do projeto-piloto.

Capacidade física do cuidador informal para: Alimentar através de sonda gástrica; Assistir no andar; Assistir no erguer-se; Dar banho; Posicionar; Transferir; Vestir/despir - [sem IDMAP]

Em 17 de março procedemos à correção referida. Assim, pela enorme importância, extraímos os dados da tabela seguinte, filtrados às referências para ECCI realizadas, apenas, **a partir de 17 março (neste aspeto, na tabela seguinte, referimo-nos, apenas, a 239 doentes referenciados)**. Destaca-se a incapacidade física de 7,69% dos cuidadores informais para posicionar o doente. Realçamos a importância destes dados para uma adequada articulação com os SAD.

Table 21. Incapacidade física do cuidador informal para assistir o doente dependente em requisitos universais de autocuidado

Incapacidade física do cuidador informal para	ECCI
Assistir no andar	0%
Dar banho	8,79%
Posicionar	7,69%
Transferir	6,59%
Vestir/despir	6,59%

O processo de adaptação do cuidador informal ao exercício do papel refere um eixo central dos CLD domiciliários. 51,25% dos cuidadores informais dos doentes das ECCI requerem treino para transferir os doentes da cama para a cadeira e da cadeira para a cama e 42,55% requer treino para administrar medicação ao doente.

Table 22. Treino de competências do cuidador informal

Treino de competências do cuidador informal 24,44% (ECCI - 58%; UC - 6,26%; ULDM - 0%; UMDR - 7,92%)					
	ECCI	UC	ULDM	UMDR	RNCCI geral
Treinar cuidador para assistir no uso do sanitário [IDMAP: 211519001324]	22,96%	3,60%		4,39%	10,30%
Treinar cuidador para posicionar [IDMAP: 28369000641 ou 28369000691]	28,94%	3,44%		6,37%	12,94%
Treinar cuidador para transferir [IDMAP: 29639000179 ou 29639001248 ou 29639001906 ou 29639000460 ou 29639004106]	51,25%	5,48%		7,37%	21,68%
Treinar cuidador para dar banho [IDMAP: 211609000697 ou 211609001326]	35,80%	4,85%		6,37%	15,73%
Treinar cuidador para vestir/despir [IDMAP: 211839000669]	33,95%	4,54%		6,37%	15,00%
Treinar cuidador para alimentar [IDMAP: 213019000491 ou 213019001323 ou 213019000646]	19,59%	0,78%		4,25%	8,35%

Treinar cuidador a administrar medicação [IDMAP: 2A33189000700]	42,55%	3,91%		5,95%	17,79%
---	--------	-------	--	-------	--------

Outro aspeto muito relevante na especificação de um sistema de ajuda à decisão relativa aos SAD refere a disponibilidade do agregado familiar para manter a organização dos processos familiares, nomeadamente: fazer compras, arranjar a casa e preparar as refeições. Verificamos que a dificuldade do agregado familiar para manter a organização dos processos familiares, nos aspetos enunciados, ronda os 10%.

Table 23. Dificuldades no agregado familiar para manter a organização dos processos familiares

	ECCI
Fazer compras	10,34%
Arranjar a casa	11,64%
Preparação dos alimentos	9,68%

Importa agora referirmo-nos ao processo de desocultação dos aglomerados de utilização de recursos. Partimos de seis aglomerados definidos a priori a partir dos trabalhos internacionais já mencionados. O trabalho de densificação de aglomerados exige tempo, pois carece de volumes de dados substantivos que habilitem a desocultação estatística e a relação fiável com o tempo despendido pelos profissionais na prestação de cuidados, bem como com os recursos materiais consumidos, incluindo os equipamentos necessários. Globalmente, há três variáveis principais: o grau de dependência dos doentes, o grau de adaptação dos doentes à dependência e o grau de participação e mestria dos cuidadores informais no exercício do papel.

A necessidade de cuidados mais elevada concentra-se nos doentes com maior grau de dependência; quando o doente tem potencial para se adaptar eficazmente surgindo a necessidade de treino do doente; quando há potencial do cuidador informal para se adaptar ao exercício do papel, verifica-se a simultânea necessidade de treino deste. Quando doente e cuidador informal atingem a mestria para lidar com a dependência e com o exercício do papel, respetivamente, progride-se para uma menor intensidade de cuidados formais.

O trabalho que é necessário prosseguir relaciona-se com a densificação destes aglomerados, integrando o peso dos fatores associados ao consumo de recursos: procedimentos terapêuticos adotados, compromissos tegumentares, necessidades no domínio da limpeza das vias aéreas, necessidade de reabilitação neuromuscular, necessidade de reabilitação respiratória e necessidade de readaptação à dependência. Por outro lado, precisam de se adotar métodos para identificar as horas de cuidados necessários. No projeto-piloto, demos início a esse processo, o qual, no entanto, precisa de ser prosseguido.

Figura 4. Os seis aglomerados iniciais

1	• Dependência no autocuidado muito elevada • Procedimentos terapêuticos adotados • Compromissos tegumentares • Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea • Necessidade de reabilitação neuromuscular • Necessidade de reabilitação respiratória • Necessidade de readaptação: autocontrolo ou dependência • Adaptação do doente à dependência • Adaptação do cuidador ao exercício do papel	4	• Dependência no autocuidado moderada • Procedimentos terapêuticos adotados • Compromissos tegumentares • Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea • Necessidade de reabilitação neuromuscular • Necessidade de reabilitação respiratória • Necessidade de readaptação: autocontrolo ou dependência • Adaptação do doente à dependência • Adaptação do cuidador ao exercício do papel
2	• Dependência no autocuidado muito elevada • Procedimentos terapêuticos adotados • Compromissos tegumentares • Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea • Necessidade de reabilitação neuromuscular • Necessidade de reabilitação respiratória • Necessidade de readaptação: autocontrolo ou dependência • Doente adaptado à dependência ou presença de fatores inibidores da adaptação • Adaptação do cuidador ao exercício do papel	5	• Dependência no autocuidado moderada • Procedimentos terapêuticos adotados • Compromissos tegumentares • Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea • Necessidade de reabilitação neuromuscular • Necessidade de reabilitação respiratória • Necessidade de readaptação: autocontrolo ou dependência • Doente adaptado à dependência ou presença de fatores inibidores da adaptação • Adaptação do cuidador ao exercício do papel
3	• Dependência no autocuidado muito elevada • Procedimentos terapêuticos adotados • Compromissos tegumentares • Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea • Necessidade de reabilitação neuromuscular • Necessidade de reabilitação respiratória • Necessidade de readaptação: autocontrolo ou dependência • Doente adaptado à dependência ou presença de fatores inibidores da adaptação • Cuidador adaptado ao exercício do papel ou disponível, apenas, para supervisão geral do utente	6	• Dependência no autocuidado moderada • Procedimentos terapêuticos adotados • Compromissos tegumentares • Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea • Necessidade de reabilitação neuromuscular • Necessidade de reabilitação respiratória • Necessidade de readaptação: autocontrolo ou dependência • Doente adaptado à dependência ou presença de fatores inibidores da adaptação • Cuidador adaptado ao exercício do papel ou disponível, apenas, para supervisão geral do utente

Finalmente, precisamos referir a necessidade de reestruturação do atual SI_RNCCI. Estão em curso os processos de desenvolvimento de um novo sistema. O novo sistema precisa ser

especificado quanto às funcionalidades a integrar. No que se reporta à dimensão clínica da informação no novo sistema, este projeto-piloto permite assumir:

1. O sistema experimental desenvolvido, com as correções introduzidas, é fiável para:
 - a. referenciação de doentes para a Rede geral;
 - b. transferência de doentes entre tipologias da Rede geral;
 - c. alta dos doentes da Rede geral.
2. É necessária a articulação com os sistemas de processo clínico eletrónico em uso para que a informação seja processada pelas equipas de saúde que atendem o doente, quer no contexto hospitalar, quer no contexto dos CSP, quer no contexto dos cuidados paliativos, quer no contexto das unidades da RNCCI. Para isso é necessário:
 - a. mapear os itens de informação com os correspondentes itens nos diferentes sistemas de informação em uso;
 - b. desenvolver os processos informáticos para a confirmação, pelos referenciadores, da condição clínica do doente;
 - c. desenvolver os processos de automatização do update regular dos itens de informação do AUR por forma a tornar-se viável, quer a monitorização do processo de cuidados e o controlo sobre os custos, quer a fundamental produção de indicadores de qualidade.

Em síntese, o sistema experimental de referenciação constituiu um passo fundamental para a reestruturação do atual SI-RNCCI. A literatura técnica aponta para a necessidade de um novo sistema que, entre outros aspetos: Dispense os profissionais das unidades e equipas da obrigatoriedade de um duplo processamento da informação clínica (no processo clínico eletrónico e no SI-RNCCI); Seja tecnologicamente modernizado, corrigindo a lentidão que tem dificultado o trabalho dos profissionais "à cabeceira do doente" e dos gestores de processos na Rede; Seja reestruturado quanto aos critérios de referenciação, adequando a natureza e o volume de informação aos objetivos pretendidos.

É fundamental compreender que o SI-RNCCI — o atual ou o novo — não substitui, nem deve pretender substituir, o processo clínico eletrónico dos doentes. Enquanto este contém informação com a granularidade de um *maximal data set*, a informação necessária para a referenciação de doentes para os CLD e para a produção de indicadores constitui um *minimal data set*. Este deve ser extraído diretamente do conjunto de dados principal no momento da referenciação, sem duplicação, respeitando o "princípio de ouro": registar dados uma vez, utilizá-los múltiplas vezes.

É necessário mapear os conteúdos do sistema de referenciação com os correspondentes nos processos clínicos eletrónicos. No decurso do projeto-piloto, procedeu-se ao mapeamento dos itens de informação do AUR com o SClínico.

Quanto aos atuais critérios de referenciação, estes versam sobre os aspetos principais presentes nos sistemas internacionais de maior relevo; contudo, o mesmo não se pode afirmar quanto às atuais tipologias da Rede geral, que carecem de ser repensadas. Embora os critérios mantenham atualidade, há pontos que exigem revisão, nomeadamente na referenciação para as ECCI: "É condição essencial que o domicílio reúna as condições necessárias para a prestação de cuidados continuados integrados que requeiram: a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a uma vez por dia, ou superior a uma hora e trinta minutos por dia, no mínimo três dias por

semana...”. Este critério introduz uma ambiguidade que perturba a harmonia na utilização dos processos de alta das ECCI a nível nacional.

O sistema RUGs é um dos modelos de casemix mais reconhecidos em CLD. O sistema experimental desenvolvido no projeto-piloto assenta em grupos de utilização de recursos. Entre novembro e março, verificou-se uma coincidência entre a referenciação e o AUR superior a 95%. Nos casos em que o AUR aponta para ECCI por omissão da previsão de recuperação, pode suceder que o doente e o seu cuidador prefiram o contexto familiar. É relevante, no futuro, incluir um critério até agora ausente dos normativos: a preferência do doente, uma vez que essa vontade não é plenamente suprida pela mera assinatura do consentimento informado.

A análise das referenciações por origem revela que a maioria dos doentes provém do hospital, o que reforça a importância das ECCI como recurso crítico para diminuir as hospitalizações inadequadas. É também fundamental sedimentar no AUR a avaliação da capacidade física e cognitiva do cuidador informal. Este aspeto, a par da disponibilidade do agregado familiar para manter a organização dos processos, é determinante na decisão sobre a necessidade de SAD.

Partimos de seis aglomerados definidos a priori com base em três variáveis: o grau de dependência, o grau de adaptação do doente e a mestria dos cuidadores informais. O trabalho a prosseguir foca-se na densificação destes aglomerados, integrando o peso dos fatores associados ao consumo de recursos e adotando métodos para identificar as horas de cuidados necessárias.

É urgente a reestruturação do SI-RNCCI para que este permita: referenciar, transferir e dar alta; articular-se com os processos clínicos eletrónicos; e automatizar a atualização regular dos itens do AUR. Só assim será viável a monitorização dos cuidados, o controlo de custos e a produção de indicadores de qualidade no âmbito da RNCCI.

6. Articulação funcional das ECCI

A articulação das ECCI com os recursos existentes, constitui um aspeto determinante do modelo de CLD domiciliários que viemos a sistematizar. Desde logo, é mandatória a sistematização da integração harmoniosa e compreensível com:

- os recursos e serviços existentes nas ULS;
- o modelo de assistência médica aos doentes dos CLD domiciliários;
- o multiprofissionalismo adequado às ECCI.

6.1. Articulação com outros recursos disponíveis nas ULS

A Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril, que veio regular as condições para a criação e implementação do projeto-piloto, prevê no seu Artigo 6.º (referente à articulação das ECCI com os serviços hospitalares) que a ULS, no âmbito da sua autonomia e nos termos a definir no decurso do projeto, pode promover a articulação das ECCI com os serviços hospitalares. Assim, prevê-se a inclusão dos cuidados continuados integrados pediátricos (CCIP) na carteira de serviços das ECCI, em articulação com os serviços de pediatria. Para tal, o conjunto das ECCI da ULS deverá integrar enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria, em número que se demonstre adequado às necessidades.

Neste contexto, foram organizadas reuniões com profissionais dos serviços de pediatria (médicos e enfermeiros) para operacionalizar a articulação dos CCIP. Importa agora, para o início desta experiência, clarificar dois aspetos fundamentais: 1 - Os critérios de referenciação de crianças

para os CCIP; e 2- A articulação da assistência no domicílio, quer com as respetivas USF, quer com os serviços de pediatria das ULS.

O projeto-piloto visa extrair aprendizagens que potenciem definições nacionais promotoras do direito constitucional de igualdade no acesso aos cuidados de saúde. Respeita-se o princípio '*pensar global e agir local*', combatendo, simultaneamente, a proliferação de soluções locais avulsas sem a definição de princípios globais.

Estão a ser desenvolvidos os critérios de referenciação de crianças para os CCIP, tendo como base os critérios já estabelecidos na Rede, que devem ser utilizados no limite do adequado, sem prejuízo da enunciação de novos critérios específicos. Na Rede geral, os critérios de referenciação estão informatizados no sistema de informação da RNCCI, constituindo a base da gestão do processo e da alocação de utentes às diferentes tipologias. Este processo envolve as ECL das ULSs, as ECR (ao nível da DE-SNS) e os serviços da Segurança Social.

Os critérios que vierem a ser definidos serão introduzidos no sistema de informação da RNCCI e articulados com o Processo Clínico Eletrónico do Utente, agilizando a referenciação e a alta da Rede. Atualmente, com os trabalhos ainda em curso, projetaram-se os seguintes critérios de referenciação:

- Compromissos no desenvolvimento infantil (NOTAS: 1- Este item não é utilizado na Rede geral, teria de ser introduzido; 2- Nesta proposta, este seria o item a mencionar-se nos critérios de referenciação; no entanto, os aspetos avaliados para inferir-se o compromisso no desenvolvimento infantil, devem usar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, aconselhada pela DGS.
- Média do peso relativo do grupo de risco ajustado associado aos utentes para população até aos 18 anos.
- A partir da idade escolar:
 - Dependência no autocuidado (utilizado da Rede geral, já informatizado);
 - Compromissos tegumentares (utilizado da Rede geral, já informatizado);
 - Medidas terapêuticas adotadas que acrescentam complexidade ao exercício parental (utilizado da Rede geral, já informatizado, sem a especificação "que acrescentam complexidade ao exercício parental");
 - Reabilitação músculo-articular (utilizado da Rede geral, já informatizado);
 - Reabilitação respiratória (utilizado da Rede geral, já informatizado);
 - Readaptação à dependência (utilizado da Rede geral, já informatizado);
 - Adoção de medidas terapêuticas em função de sintomas OU Média do peso relativo do grupo de risco ajustado associado aos utentes para população até aos 18 anos (Portugal monitoriza o Índice de estratificação pelo risco a partir do "Índice de Kaiser" [originário da "Kaiser Permanent Foundation" - trata-se de um índice que articula o risco de consumo de cuidados de saúde a partir do número de princípios ativos que o utente tem prescrito, número de episódios de urgência no último ano, número de internamentos hospitalares no último ano, etc. -, indiretamente caracteriza utentes com necessidades de especial complexidade, poderíamos experimentar...]);
 - Promoção de mestria no exercício parental de especial complexidade (Focado na promoção do potencial máximo de mestria das mães/pais ou cuidadores informais de crianças com necessidades especiais).

Quanto à articulação da assistência no domicílio — tanto com as respetivas USFs como com os serviços de Pediatria das ULSs — o trabalho decorre considerando que, nas ECCI do projeto e na realidade nacional, coexistem dois modelos distintos de assistência médica em cuidados domiciliários: 1 - Assistência médica garantida pelos respetivos Médicos de Família dos utentes das ECCI; e 2 - Assistência médica garantida por uma equipa dedicada (geralmente com afetação a tempo parcial).

Neste contexto, encontra-se em análise a seguinte proposta de modelo de assistência médica para os CCIP. Esta proposta assume que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica integrados no projeto estarão dotados de meios para estabelecer

comunicações síncronas (teleconsulta/telemonitorização) a partir do domicílio, através de hotspots de internet e software fornecidos pelos SPMS. Assim, no âmbito do acompanhamento clínico, estão a ser analisadas as seguintes diretrizes para a prestação de CCIP:

- Continuidade de Cuidados na Proximidade: As crianças referenciadas mantêm a assistência e o seguimento na sua USF de proximidade, potenciada pela realização de teleconsultas de articulação entre a EEESIP (no domicílio) e a equipa da USF.
- Articulação Interpares: Promoção de conferências clínicas ou reuniões de coordenação por via telemática entre os Pediatras da ULS e o Médico de Família da respetiva USF, sempre que a complexidade do quadro clínico da criança em cuidados domiciliários o exija.
- Acessibilidade e Telessaúde: Garantia de teleconsultas para a criança e respetivos cuidadores (pais ou cuidadores informais) com:
 - A EEESIP de referência;
 - A equipa da USF;
 - Os Pediatras do hospital da ULS.
- Resposta à Agudização: Em situações de instabilidade ou agudização clínica, deve ser assegurada a possibilidade de contacto telemático entre a EEESIP (diretamente do domicílio) e os Pediatras do Serviço de Urgência da ULS, visando a triagem assistida e a redução de deslocações hospitalares evitáveis.

Precisamos continuar o trabalho desenvolvido até agora.

6.2. Modelo de assistência médica aos utentes das ECCI

No decurso do projeto-piloto, foram realizadas reuniões com o Digníssimo Bastonário da Ordem dos Médicos e especialistas das áreas de Medicina Geral e Familiar, Cuidados Paliativos, Medicina Física e de Reabilitação e Geriatria. Estes encontros têm evoluído favoravelmente no sentido de irmos a estabelecer um modelo de assistência médica robusto para os utentes das ECCI.

Enquadramento de Recursos Humanos: 1- Atualmente, os tempos de afetação formalmente definidos reportam-se a Enfermeiros (5 profissionais por cada 25 doentes) e Médicos (7 horas semanais por cada 25 doentes). Embora estes rácios careçam de reavaliação futura, o foco prioritário desta fase do projeto é a definição do modelo de assistência médica no domicílio.

Na realidade nacional, coexistem dois modelos principais, cada um apresentando argumentos distintos:

1. Assistência garantida pelo Médico de Família (MGF)

Vantagens: Domínio do historial clínico e maior conhecimento da dinâmica e contexto familiar do doente.

Desvantagens:

- Dificuldade de contacto imediato entre enfermeiros e médicos em situações de agudização clínica;
- Complexidade no agendamento de avaliações domiciliárias não programadas;
- Barreira no acesso para doentes sem médico de família atribuído.

2. Assistência garantida por Equipa Médica Dedicada

Agilidade na Resposta: Profissionais com experiência em ECCI e enfermeiros no domicílio referem que este modelo responde melhor, e em tempo útil, a agudização do estado clínico do doente;

Gestão Terapêutica: Facilita a prescrição de produtos de farmácia exclusivamente hospitalar, evitando episódios de urgência e internamentos hospitalares contraproducentes;

Sinergias Institucionais: Abre a possibilidade, a estudar no decurso do projeto, de articular a assistência das ECCI com os Serviços de Hospitalização Domiciliária (com funcionamento 24h/dia).

Precisamos continuar o trabalho desenvolvido até agora.

6.3. Constituição das ECCI e a relação com o tempo dispendido nos transportes

É fundamental evoluir da constituição atual das ECCI baseada numa fórmula inflexível, para um modelo que habilite maior plasticidade constitucional e funcional às equipas de CLD domiciliários.

Um modelo de funcionamento que ultrapasse os problemas relacionados com o transporte dos profissionais ao domicílio de doentes (no atual sistema baseado em deslocações automóveis massivas, os profissionais gastam mais de 50% do seu tempo de trabalho no tráfego e à procura de estacionamento). É preciso desenvolver outro modelo, refletindo sobre os modelos “em uso” em outros países, como os modelos de organização funcional por proximidade que dispensam a utilização massiva de automóveis (“equipa do bairro” / “equipa da aldeia”, dos Países Baixos, alvo, pelo sucesso demonstrado, de um case-study da Harvard Business School and Economics, em 2022⁹).

Por outro lado, é fundamental definir um modelo de custeio dos cuidados domiciliários (integrando cuidados de saúde e de apoio social) à semelhança do modelo de custeio para as restantes tipologias da Rede. Um modelo de custeio dos cuidados domiciliários permitirá estruturar, normativamente, a possibilidade de contratualização externa de cuidados domiciliários de grande proximidade, tal que:

- 1- a implementação mais rápida e massiva de cuidados domiciliários não esteja dependente das limitações das ULS's na contratação de profissionais de saúde; e
- 2- a contratualização externa permita lidar melhor com a escassez de recursos humanos permitindo que um profissional se transforme em “mais do que um”, querendo, por acumulação do trabalho, por exemplo, no SNS com trabalho em exercício liberal” (é o caso, entre outros países, dos Países Baixos).

6.4. O suporte multiprofissional aos CLD domiciliários no âmbito da RNCCI

Sobre os tempos de afetação dos profissionais de saúde às ECCI, voltamos a salientar que os únicos tempos de afetação definidos formalmente, reportam a enfermeiros (5 enfermeiros por cada 25 doentes) e médicos (7h de médico por cada 25 doentes). Neste contexto, é necessários estabelecer os tempos de afetação de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais às ECCI, para que se consiga, verdadeiramente, desde 2006, constituir ECCI multidisciplinares (para este efeito, reunimos com todos(as) os Digníssimos(as) Bastonários(as) das respetivas Ordens Profissionais).

É adequado ter em conta os tempos de afetação multiprofissional nas unidades de internamento da RNCCI, com particular destaque para as Unidades de Longa Duração e Manutenção, cujo perfil de referência se assemelha ao perfil de referência para as ECCI.

Precisamos continuar o trabalho desenvolvido até agora.

7. Conclusões recomendações e propostas

7.1 Conclusões

1. Os CLD, “reportam a uma gama de serviços e assistência para pessoas que, em consequência de fragilidade mental e/ou física, doença e/ou incapacidade durante um longo período de tempo, dependem de apoio para as atividades da vida diária e/ou necessitam de

⁹ Bernstein, E., Sandino, T., Minnaar, J., & Loob, A. (2022). Managing human capital (N2-122-101 ed.). Harvard business school. <https://www.buurtzorg.com/wp-content/uploads/2022/11/Buurtzorg-Case-Final.pdf>

cuidados de enfermagem permanentes...”¹⁰

2. O Princípio 18 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais sublinha: **as pessoas têm o direito a serviços de cuidados continuados acessíveis e de boa qualidade, em particular os cuidados domiciliários e os serviços comunitários promovendo o *aging in place*.**
3. Em 2023 (dados do último relatório Health at a glance 2023, OECD¹¹), apenas 1,7% da população residente com 65 ou mais anos recebia CLD; enquanto a média da OCDE (a 28 países) era de 11,5% e a na nossa vizinha Espanha era de 12,4%.
4. Em 2023, das pessoas com 65 ou mais anos que recebiam CLD, apenas 34% recebia-os em casa; enquanto a média da OCDE (a 22 países) era de 72% e a na nossa vizinha Espanha era de 83%.
5. Em Portugal, a tipologia da RNCCI que presta CLD domiciliários reporta às Equipas de cuidados continuados integrados.
6. Em 2024 estavam em funcionamento 264 ECCI no nosso País:
 - a. **41 ECCI dispunham de menos de 1 ETC de enfermeiro,**
 - b. **94 ECCI tinham menos de 2 ETC de enfermeiros,**
 - c. as restantes ECCI contavam com menos de 5 ETC de enfermeiros (requisitos mínimos estabelecidos para o funcionamento de uma ECCI);
 - d. maioritariamente, os enfermeiros que trabalham nas ECCI dispersam a sua atividade profissional por vários projetos dentro das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
 - e. regista-se uma carência de 892 ETC de enfermeiros nas ECCI;
 - f. **nunca foram estabelecidos modelos para a assistência médica dos doentes das ECCI;**
 - g. **nunca foi estabelecido o tempo de afetação às ECCI dos profissionais não enfermeiros e não médicos (dificultando, na prática, a constituição de uma equipa multiprofissional).**
7. Segundo os Censos 2021, temos 1140052 pessoas com 75 ou mais anos. Assim:
 - a. Pela aplicação da fórmula para o cálculo das necessidades em ECCI, são necessários 11401 lugares.
 - b. Em 2024, estavam registados 6161 lugares no SI_RNCCI,
 - i. mas com uma taxa de ocupação de 64,70%,
 - ii. **correspondendo, na realidade, a uma média diária de 3957 doentes nas ECCI.**
8. Tendo em vista uma reestruturação sólida dos CLD domiciliários, no âmbito da RNCCI, com o Projeto-piloto perseguimos os seguintes objetivos específicos:
 - a. Incrementar o acesso aos CLD domiciliários;
 - b. Promover uma perceção positiva dos utentes e dos cuidadores informais quanto à qualidade e efetividade do apoio prestado pelas ECCI, incentivando a permanência dos utentes dependentes no autocuidado, no domicílio;

¹⁰ European Commission. (n.d.). Long-term care. Employment, Social Affairs and Inclusion. Retrieved Maio, 2026, from https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en

¹¹ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

- c. Dotar as ECCI de enfermeiros em número adequado para garantir uma assistência de qualidade "à cabeceira do utente";
 - d. Otimizar a mobilidade das equipas, definindo um modelo que reduza o tempo despendido em tráfego urbano ou em deslocações a locais remotos;
 - e. Estabelecer um modelo de articulação efetiva e normalizada entre as ECCI e os SAD;
 - f. Definir modelos de assistência médica para os utentes integrados em ECCI;
 - g. Determinar o tempo de afetação de profissionais não enfermeiros e não médicos aos CLD domiciliários;
 - h. Instituir um modelo de custeio específico dos CLD domiciliários no âmbito da RNCCI;
 - i. Reestruturar o modelo de referenciação de utentes para as diferentes tipologias da RNCCI.
9. A 1 de julho de 2025, iniciou-se o projeto-piloto em cinco ULS, **envolvendo 26 ECCI** e, entre julho e março de 2026, **2704 utentes e respetivos cuidadores informais**.
- a. Distribuição por sexo: 59,13% sexo feminino e 40,87% do sexo masculino.
 - b. Idade: média de 80 anos; as duas classes etárias mais frequentes são, 59,94% de doentes com 80 ou mais anos e 30,73% de doentes com mais de 65 e menos de 79 anos.
 - c. Duração dos internamentos nas ECCI:
 - i. Curto (20,27%) - até 21 dias;
 - ii. Moderado (23,32%) - mais de 21 e menos de 62 dias;
 - iii. Longo (25%) - mais de 62 e menos de 110 dias;
 - iv. Muito longo (31,41%) - mais de 110 e menos de 247 dias.
10. No decurso dos nove meses do projeto-piloto (julho de 2025 a 31 de março de 2026, inclusivé), **assistiu-se a um incremento de 61,61% na média de doentes/dia nas ECCI do projeto-piloto**, face ao período homólogo (1 de julho de 2024 a 31 de março de 2025, inclusivé).
11. **Satisfação dos cuidadores informais com o apoio recebido pelas ECCI: score médio de 9,49 (escala de 0 a 10):**
- a. Muito insatisfeito = 0,16%;
 - b. Insatisfeito = 1,28%;
 - c. Satisfeito = 3,23%; e
 - d. **Muito satisfeito = 95,33%.**
12. **Satisfação dos utentes com o apoio recebido pelas ECCI: score médio de 9,55 (escala de 0 a 10):**
- a. Muito insatisfeito = 0%;
 - b. Insatisfeito = 1,74%;
 - c. Satisfeito = 2,78%; e
 - d. **Muito satisfeito = 95,48%.**
13. Perceção dos cuidadores informais sobre a saúde e o bem-estar:
- a. Péssima: 0,84%,
 - b. Fraca: 25,29%,
 - c. Boa: 57,29%,
 - d. Muito boa: 11,18%,

- e. Excelente: 5,40%.
14. Perceção dos doentes sobre a saúde e o bem-estar: 82,07% avaliam a sua saúde como «Péssima» ou «Frac».
15. Percentagem de episódios de urgência dos doentes integrados nas ECCI do projeto-piloto: 11,47%. Percentagem de episódios de urgência dos doentes integrados nas ECCI fora do projeto-piloto: 13,94%.
16. Se os 7444 doentes sem acesso a CLD domiciliários, tivessem uma proporção de episódios de urgência similar à verificada nas ECCI fora do projeto (sendo expectável que seja, na verdade, superior), a generalização do modelo do projeto-piloto permitiria uma redução de 3.172 episódios de urgência por ano.
- As cinco ULS do projeto-piloto registaram 154.457 episódios de urgência em pessoas com 75 ou mais anos em 2025 (de julho a dezembro). Com um custo médio de 109 € por episódio em urgência polivalente, o custo total fixou-se em 16.835.813 €.
 - Acrece que, dos 154.457 episódios de urgência, resultaram 35.799 internamentos hospitalares com uma duração média de aproximadamente 13,75 dias cada. De acordo com o apuramento detalhado, estes internamentos totalizaram 492.209 dias.
 - Considerando o custo médio de 325,30 € por dia de internamento nos hospitais das cinco ULS, o custo total fixou-se em 159.810.602,48€. Ao somar este montante ao custo dos episódios de urgência polivalente (16.835.813 €) que lhes deram origem, obtemos um valor global de 176.646.415,48€.
 - Uma vez que este custo resulta dos 154.457 episódios de urgência totais, podemos afirmar que cada episódio representa uma probabilidade de custo de 1.143,66€. Assim, a redução de 3.172 episódios de urgência — gerada pela extensão do modelo do projeto-piloto à população-alvo de 11.401 pessoas — representaria uma poupança anual estimada em 3.627.692,04€.
- 17. Os CLD só substituem episódios de urgência e internamentos hospitalares, evitáveis; favorecem, isso sim, acesso a cuidados continuados de qualidade a preços comportáveis, favorecendo o “aging in place”.**
- 18. Efetividade do sistema de referenciação experimental (AUR) de 95,25%.**
19. Foram realizadas 4496 referenciações
- 64,76% provenientes dos hospitais das 5 ULS.**
20. Distribuição dos grandes grupos de diagnósticos médicos que determinam a referenciação dos doentes para a Rede geral:
- Sistema nervoso (22,77%), maioritariamente Acidentes vasculares cerebrais,**
 - Fraturas ósseas (20,35%), maioritariamente: do fémur, da bacia e do úmero,**
 - Neoplasias (9,17%),
 - Sistema ósteo-articular (excluindo fraturas ósseas - 8,34%),
 - Sistema respiratório (6,51%), maioritariamente infeções respiratórias/pneumonias,
 - Sistema cardiovascular (6,34%), maioritariamente insuficiência cardíaca.
21. Caracterização dos doentes/cuidadores das ECCI do projeto-piloto:
- Compromisso da consciência (15,56%),
 - Dificuldade do doente para adquirir/reter informação / Confusão (32,86%),
 - Elevada dependência no autocuidado (acamado) (77,91%),

- d. Úlceras de pressão (19,15%),
 - e. Ferida cirúrgica (15,02%),
 - f. Maior complexidade relacionada com medidas terapêuticas (25,91%)
 - i. Traqueostomia, Ventilação não invasiva, Estoma de eliminação, Sonda gastrointestinal, Oxigenoterapia, Cateter urinário, Cateter venoso periférico, Glicemia/insulina,
 - g. Necessidades no domínio da limpeza das vias aérea (15,3%),
 - h. Necessidades de reabilitação músculo-articular (78,78%),
 - i. Necessidades de reabilitação respiratória (16,32%),
 - j. Necessidade de adaptação à dependência (63,76%),
 - k. Disponibilidade do cuidador para prestar cuidados (70,95%),
 - l. Treino de competências do cuidador informal (58%).
22. Incapacidade física do cuidador informal para:
- a. Dar banho (8,79%),
 - b. Posicionar (7,69%),
 - c. Transferir (6,59%),
 - d. Vestir/despir (6,59%).
23. Disponibilidade no agregado familiar para:
- a. Fazer compras (10,34%),
 - b. Arranjar a casa (11,64%),
 - c. Preparação dos alimentos (9,68%).

7.2 Recomendações

1. Continuação do projeto-piloto criado pela Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril
 - a. Em janeiro de 2026 foi realizado um relatório intercalar referente aos primeiros seis meses do Projeto-piloto.
 - b. Em face dos resultados positivos já identificados, constata-se que o tempo inicialmente previsto precisa ser alargado para atingir-se os objetivos considerados necessários para a redefinição do modelo com uma solidez adequada.
 - c. A Portaria n.º 92/2026/1, de 25 de fevereiro veio possibilitar que outras ULS, voluntariamente, integrassem o projeto-piloto, no período compreendido entre 1 de abril e 31 de dezembro de 2026.
 - d. Em face dos resultados preliminares e da necessidade de definir-se um modelo de CLD domiciliários consistente, aderiram mais 27 ULS, perfazendo 31 das 39 existentes.
2. Continuação da reestruturação do SI_RNCCI em curso, com a utilização do AUR, tal que:
 - a. se evolua na sua progressiva adequação para:
 - i. referenciar doentes,
 - ii. transferir doentes entre unidades da Rede,
 - iii. dar alta aos doentes;
 - iv. promover a interoperabilidade com os processos clínicos eletrónicos das unidades e do SNS;
 - v. promover a interoperabilidade com os sistemas de informação da Segurança social relacionados com os CLD;
 - vi. monitorizar a qualidade dos cuidados;
 - vii. monitorizar os custos.

3. Clarificação das funções das EGA, ECL e ECR, bem como o racional para a definição, em cada ULS/região, dos tempos de afetação multiprofissional.
4. Promoção de uma articulação mais efetiva das ECCI com os SAD:
 - a. Promovendo a sistematização do modelo de articulação tendo em conta que, de entre os cuidadores informais dos doentes das ECCI há:
 - i. cerca de 22% cuidadores informais com dificuldades para adquirir/reter informação.
 - ii. cerca de 7% de cuidadores informais com incapacidade física para dar banho, posicionar, transferir ou vestir/despir o doente,
 - iii. dificuldades de cerca de 10% dos agregados familiares para, entre outros aspetos instrumentais, fazer compras, arranjar a casa, preparar os alimentos.
 - b. Avaliando a oportunidade para uma mudança de paradigma, evoluindo da comparticipação do Estado focada em serviços (refeições, cuidados de higiene, arranjo da habitação, etc.) para a possibilidade de comparticipação do Estado focada em tempo de “Trabalhador(a) doméstico(a) de cuidados de longa duração” (este conceito reporta um dos conceitos definidos pela Comissão Europeia e é adotado por países com modelos de cuidados de longa duração tidos internacionalmente como os mais custo-efetivos; no original reporta a “qualquer trabalhador doméstico que preste cuidados de longa duração no âmbito de uma relação de trabalho” [in: RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO, de 8 de dezembro de 2022, relativa ao acesso a cuidados de longa duração de elevada qualidade a preços comportáveis]).
 - c. Avaliando a oportunidade para evoluir-se para um modelo de articulação “saúde/apoio social domiciliário” compreensivo e integrado, com critérios explícitos para a comparticipação do Estado no apoio social.
5. Promoção de um modelo para os cuidados continuados integrados pediátrico (CCIP):
 - a. testando os critérios de referenciação,
 - b. testando o modelo de assistência médica para os CCIP.
6. Definição de modelos, eventualmente coexistentes, para a assistência médica aos doentes integrados nas ECCI:
 - a. Assistência garantida pelo Médico de Família (MGF),
 - b. Assistência garantida por Equipa Médica Dedicada.
7. Redefinição do modelo de equipa multidisciplinar dos CLD domiciliários:
 - a. adequando a plasticidade da atual constituição formal das ECCI, tendo em vista o menor consumo de tempo de transporte dos profissionais aos domicílios dos doentes,
 - b. estabelecendo tempos de afetação dos profissionais aos CLD domiciliários.
8. Definição de um preço da diária por doente em CLD à semelhança do modelo de custeio para as restantes tipologias da Rede, da contratualização externa de cuidados domiciliários de grande proximidade, tal que:
 - a. a implementação mais rápida e massiva de cuidados domiciliários não esteja dependente das limitações das ULS's na contratação de profissionais de saúde; e
 - b. a contratualização externa permita lidar melhor com a escassez de recursos humanos, por acumulação do trabalho nos termos da legislação aplicável.

7.3 Propostas

Iniciar-se no imediato o processo de reestruturação do quadro legal da RNCCI (suportado por ARS que não existem, sem referência à DE-SNS que gere a RNCCI e sem referência às ULS), por forma a integrar os adquiridos e evitar que este trabalho não seja desperdiçado no final, em 31 de dezembro de 2026, do projeto-piloto:

1. Dec.-Lei 101/2006, de 6 de junho,
2. Várias Portarias e Despachos conexos.